



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**SISTEMATIZAÇÃO INFORMATIZADA DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE SAÚDE UTILIZANDO A CIPE® VERSÃO 1.0**

ISABELLA FONTES RAMOS
MARISA DA SILVA MARTINS

Florianópolis, junho de 2007

ISABELLA FONTES RAMOS
MARISA DA SILVA MARTINS

**SISTEMATIZAÇÃO INFORMATIZADA DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE SAÚDE UTILIZANDO A CIPE® VERSÃO 1.0**

Relatório do Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Disciplina de Enfermagem
Assistencial Aplicada – INT 5134 do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina – UFSC.

ORIENTADORA

Enf^a. Prof^a. Dr^a. Eliane Regina Pereira do Nascimento

SUPERVISORAS

Enf^a. Leila Cristiany Teixeira
Enf^a. Taise Costa Ribeiro Klein
Enf^a. Viviana Lorena Jara Freire

3º MEMBRO DE BANCA

Enf^a. Prof^a. Dr^a. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso

Florianópolis, junho de 2007

AGRADECIMENTOS

A Deus...

Por nos ter aberto esta porta, agradecemos e pedimos que continue a nos abençoar no novo caminho que começamos a trilhar.

Obrigada!

À Nossa Orientadora Prof^a. Eliane...

Por que sempre esteve conosco nos momentos difíceis desta caminhada, por acreditar em nosso potencial, confiar em nossa capacidade, nos transmitir valiosos conhecimentos em nosso processo de formação profissional e pessoal, nossa gratidão e reconhecimento.

Muitíssimo Obrigada!

Às Nossas Supervisoras Leila, Taise e Viviana...

Por nos auxiliarem valiosamente nesta missão. À Enf^a. Leila, por compartilhar conosco sua alegria, seu tempo e conhecimento. À Enf^a. Taise, que em um curto espaço de tempo, nos motivou a ampliar nossos horizontes. À Enf^a. Viviana, por seu carinho e entusiasmo em nos supervisionar. Vocês são para nós exemplos de profissionais de excelência!

Muito Obrigada!

À Equipe de Enfermagem...

Pelo carinho com que nos receberam, pelos ensinamentos que dispensaram a nós, e acima de tudo pela forma como exercem o cuidado de enfermagem, não só aos pacientes, mas também para com todos os que estão ao seu redor. Há coisas que podem passar dias, meses, anos, mas jamais esqueceremos. E quando lembrarmos de vocês, certamente sentiremos saudades.

Obrigada!

Aos pacientes e familiares...

Por compartilharem conosco este momento especial de suas vidas, nos permitindo crescer pessoal e profissionalmente através do cuidado prestado a vocês.

Muito Obrigada!

À Professora Grace...

Por aceitar prontamente o convite de participar da avaliação deste trabalho e por enriquecê-lo com seu conhecimento. Agradecemos por seus gestos de carinho e atenção.

Muitíssimo Obrigada!

Às amigas: Aline, Bianca, Maristela e Taina...

Vivemos tantas lutas juntas, e delas carregamos a marca da experiência. Que tudo que aprendemos seja luz para nossos caminhos. Que a amizade forjada nos bancos acadêmicos seja maior que as distâncias que por ventura nos separarão.

Adoramos vocês!

Isabella agradece...

À Minha Mãe, Susana...

Antes de tudo quero dizer que te amo muito. Seria pouco dar-lhe o mundo. Você merece mais do que isso! Você me escolheu entre tantos naquele ambiente solitário! Sou uma privilegiada! Não tenho como agradecer-lhe por tudo o que você fez por mim, por isso ofereço-lhe como forma do meu agradecimento, todo o meu amor sincero, o meu sorriso. Obrigada por todos os momentos que passamos juntas. Seja sempre esta pessoa maravilhosa que eu admiro, amo e respeito.

Ao meu Pai, Sérgio...

Obrigada por ser tão especial para mim, e por ser esse pai com tantas qualidades que possui. Obrigada por me ensinar, por me amar e por se esforçar sempre para me fazer feliz e para que eu realize meus sonhos. Prometo me esforçar ao máximo para poder te fazer um pai feliz e orgulhoso da mesma maneira como eu posso me orgulhar de você. Te amo e te admiro muito!

Ao meu norvo, Junior...

Hoje sei, quais são as pessoas que quero levar pra sempre comigo, no meu coração, e você é uma delas. Pois você na minha vida faz uma grande e maravilhosa diferença! Ter sua companhia é o mesmo que estar vivendo com a certeza que existem pessoas as quais realmente se importam conosco. Você é muito mais que uma pessoa importante na minha vida, é parte dela. Te amo muito!

À Minha Família...

Por seu amor incondicional e por compreender minha ausência neste período árduo da minha jornada.

À Minha sogra Nezi e ao meu cunhado André...

Pelo apoio e estímulo, por me acolher como parte de sua família. Ao André por ter baixado o volume da televisão nos jogos de futebol para que eu pudesse escrever meu trabalho. Obrigada! Adoro vocês!

À Minha amiga Marisa que topou esse desafio comigo...

Quero muito agradecer por tudo que você me proporcionou com sua atenção, carinho e amizade. Você é uma daquelas pessoas especiais com o objetivo valioso de dar alegrias às pessoas que lhe cercam. Quero agradecer de coração por tudo que você me ajudou a realizar. Muito Obrigada!

À Família da Marisa, D. Maria, Sr. Reinaldo, Caio e Rodrigo...

Pelos almoços, cafés-da-tarde e jantares. Pela distração nos momentos em que precisamos dela. Aos meninos que prontamente iam ao xérox imprimir nossos arquivos, interrompendo suas brincadeiras. Ao Sr. Reinaldo que nos socorreu quando precisamos entregar trabalhos na academia. Vocês são especiais! Obrigada!

Marisa agradece...

Aos Meus Pais...

A vocês, pais por natureza, por opção e amor, não bastaria dizer que não tenho palavras para agradecer tudo isso. Não sei precisar as noites que a luz do meu quarto não lhes deixou dormir. Não sei quantas vezes minhas provas foram suas provas de amor. Não sei quantos sonhos renunciaram para que os meus fossem realizados. Não sei se, ao me darem a vida me imaginaram capaz de um dia lidar com outras vidas. Mas sei que só vocês, pais, representam os verdadeiros heróis desta vitória e à vocês ofereço com muito amor e carinho este trabalho. Amo vocês!

Aos Meus Irmãos: Caio e Rodrigo...

Com um carinho muito especial agradeço a vocês queridos irmãos! Que desde muito pequenos preenchem minha vida com amor, carinho e alegria, através das pequenas coisas da vida... um abraço, um beijo, um carinho, uma massagem... um trabalho enviado às pressas quando um imprevisto acontecia, as idas e vindas da papelaria, os momentos de silêncio quando era dele que eu precisava... Vocês são os amores da minha vida! Agradeço todos os dias a Deus por vocês existirem!

Aos Meus Familiares...

Agradeço pelo entusiasmo com que acompanharam estes meus quatro anos de estudo. Por compreenderem minha ausência nos almoços e tardes de domingo. E por todo incentivo, carinho e apoio que me ofereceram. Vocês são “loucos”, mas eu amo vocês!

Aos Meus Amigos...

Vocês que souberam escutar, compreender, que foram fiéis e atenciosos, que sempre estiveram dispostos a me ajudar, que permaneceram ao meu lado nas alegrias e nas tristezas, minha sincera gratidão.

Mesmo que a distância por ventura nos separe, cantaremos sempre juntos esta canção: “Amigos pra sempre, bons amigos que nasceram pela fé... amigos, pra sempre... para sempre amigos sim se Deus quiser”.

À Professora Telma...

Pelas lições de saber, pela orientação constante, por repartir comigo suas experiências de vida e me auxiliar a trilhar a este caminho, manifesto meu reconhecimento e estima. Você é uma pessoa muito especial para mim! Te adoro!

Aos membros do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando...

Por todo conhecimento compartilhado. E principalmente por me cuidarem e confortarem nos momentos em que mais precisei. Não tenho palavras para agradecê-los!

À Família da Isabella: Sr. Susana, Sr. Sérgio...

Por me acolherem tão bem em suas casas. Por não medirem esforços para que este trabalho chegasse ao fim. Ah, pelas correções ortográficas e abstract deste e de outros trabalhos desenvolvidos por nós. Meus sinceros agradecimentos!

Por fim, agradeço à minha amiga Isabella...

Amiga, te agradeço por aceitar trilhar este caminho comigo. Agradeço seu companheirismo, seu carinho, sua amizade e apoio. Juntas adquirimos conhecimentos e experiências que jamais serão esquecidas. Através do desenvolvimento deste trabalho, nos tornamos verdadeiras amigas, o que nos possibilitou realizar coisas que nós próprias julgávamos impossíveis de realizar. Obrigada por tudo, por tudo mesmo!

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso relata e avalia a implementação de um projeto de prática assistencial proposto por duas acadêmicas da 8ª unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. As atividades assistenciais foram desenvolvidas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Professor Polydoro Hernani de São Thiago – HU/ UFSC, em Florianópolis, no período de 16 de abril a 20 de junho de 2007. Por meio desse estudo teve-se o propósito de aplicar e avaliar o processo de Enfermagem informatizado via *Web* na assistência ao paciente internado na UTI utilizando a CIPE® Versão 1.0, pretendendo, através deste, contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem em Terapia Intensiva. O referencial teórico que norteou a construção e desenvolvimento deste trabalho foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 1.0 – que constitui-se de uma iniciativa do *International Council of Nursing* (ICN) para uniformizar a prática de enfermagem mundialmente a partir de uma terminologia de referência. Os conceitos utilizados foram: ser humano, enfermagem, saúde e ambiente. Neste relatório consta ainda, o caminho percorrido para o alcance do aprimoramento teórico-científico e prático das acadêmicas de enfermagem que realizaram este estudo.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper reports and evaluates the implementation of a project of attendance practice proposed by two students from 8th semester of the Nursing School from the Federal University of Santa Catarina – UFSC. The attendance activities were developed in the Intensive Care Unit of the University Hospital Professor Polydoro Hernani de São Thiago – HU/UFSC in Florianópolis, in the period between April 16th and June 20th, 2007. This study had as its objective to offer nursing care to the patients in critical health condition interned in the Intensive Care Unit using the ICNP[®] Version 1.0 through the web, contributing for the systematization of nursing assistance in Intensive Care. The theoretical background that guided the construction and development of this paper was the International Classification for Nursing Practice – ICNP[®] Version 1.0 – which is an initiative of the International Council of Nursing (ICN) to unify, throughout the world, the nursing practice, departing from a reference terminology. The concepts used were: human being, nursing, health and environment. Included in this report there are the steps undertaken to reach the theoretical-scientific and practical improvement of the nursing students that accomplished this study.

SUMÁRIO

| | |
|---|----------|
| CONSIDERAÇÕES INICIAIS..... | 2 |
| OBJETIVOS..... | 4 |
| Objetivo Final..... | 4 |
| Objetivos Específicos..... | 4 |
| PARTE I – PROPOSTA ASSISTENCIAL | |
| 1. REVISÃO DE LITERATURA..... | 6 |
| 1.1. Unidade de Terapia Intensiva..... | 6 |
| 1.2. Enfermagem em Terapia Intensiva..... | 11 |
| 1.3. Processo de Enfermagem Informatizado..... | 13 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 17 |
| 2.1. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem..... | 17 |
| 3. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA..... | 24 |
| 4. PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO..... | 26 |
| 5. METODOLOGIA..... | 44 |
| 5.1. Características do Local..... | 44 |
| 5.2. População Alvo..... | 46 |
| 5.3. Aspectos Éticos da Prática de Enfermagem..... | 46 |
| 5.4. Planejamento das Ações..... | 48 |
| PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS | |
| 1. OBJETIVO ESPECÍFICO 01 - Aprofundar o conhecimento teórico em relação ao cuidado de Enfermagem a pacientes internados em UTI geral..... | 52 |
| 2. OBJETIVO ESPECÍFICO 02 - Aprofundar o conhecimento sobre o referencial teórico da CIPE® | 56 |
| 3. OBJETIVO ESPECÍFICO 03 - Prestar a assistência de Enfermagem aos pacientes internados na UTI utilizando a CIPE® Versão 1.0..... | 56 |
| 4. OBJETIVO ESPECÍFICO 04 - Avaliar o processo de Enfermagem informatizado via WEB mediante instrumento de validação..... | 60 |
| 5. OBJETIVO ESPECÍFICO 05 - Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas gerais e específicas de enfermagem no cuidado ao paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva..... | 63 |
| 6. OBJETIVO ESPECÍFICO 06 - Desenvolver habilidades administrativas em UTI.... | 66 |

| | |
|--|-----------|
| 7. OBJETIVO ESPECÍFICO 07 - Avaliar a experiência vivenciada de acordo com os objetivos propostos..... | 74 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 77 |
| REFERÊNCIAS..... | 78 |
| APÊNDICES | |
| ANEXOS | |

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este é um trabalho de conclusão de curso desenvolvido durante a 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 16 de abril a 20 de junho de 2007, na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral de Florianópolis/ SC.

O estudo teve como propósito prestar assistência de enfermagem aos pacientes em situação crítica de saúde utilizando um sistema informatizado via Web.

O referencial teórico adotado foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 1.0 – que se constitui de uma iniciativa do *International Council of Nursing* (ICN) para uniformizar a prática de enfermagem em todo o mundo a partir de uma terminologia de referência. Optamos pela utilização deste referencial porque a CIPE possui uma linguagem capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem, além de constituir-se em uma proposta de terminologia possível de ser informatizada, já que em uma mesma classificação, integra diagnóstico, intervenção e resultado da prática de enfermagem.

Por meio das Unidades de Terapia Intensiva tornam-se possíveis a manutenção da vida, prevenção de incapacidades, e em muitos casos, o restabelecimento de uma boa condição de saúde, tendo em mãos um aglomerado de tecnologias, o qual possibilita uma monitorização contínua e prevenção do agravamento das condições de saúde dos pacientes internados. Para tanto, é indispensável à atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada, detentora de competências, e que trabalhe em conjunto a fim de atingir os objetivos comuns estabelecidos. Segundo Nishide, Malta e Aquino (2000, p. 25) “a atuação da equipe é melhor quando todos trabalham para um objetivo comum, e este deve ser claro, com o papel de cada integrante bem delineado”.

O interesse em desenvolver este trabalho de conclusão de curso em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral, se deu devido ao fato de, durante as atividades práticas da 6ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem constatamos ser este um ambiente singular no que se refere, principalmente, ao desenvolvimento e aplicabilidade do conhecimento científico, a diversidade e complexidade de aparelhos, materiais, e procedimentos, os quais contribuiriam para o fortalecimento do nosso preparo profissional em especial no cuidado em enfermagem ao paciente crítico.

Com o intuito de contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem em Terapia Intensiva utilizamos como metodologia da assistência o processo de enfermagem informatizado, elaborado por Dal Sasso e Antunes (2006).

Segundo Júnior, Guastelli e França (2006), o uso de computadores na assistência de enfermagem teve seu início na década de 1960 quando alguns enfermeiros começaram a realizar pesquisas na área, desenvolvendo e implementando sistemas que auxiliavam no atendimento aos pacientes. Conforme Évora (2006), a informatização da assistência de enfermagem no Brasil só apresentou algum progresso a partir da década de 1990 em decorrência de algumas iniciativas aplicadas isoladamente.

A partir de então, o computador tornou-se uma ferramenta capaz de aumentar a produtividade e a satisfação do profissional, agilizar o processo de decisão e aperfeiçoar o cuidado de enfermagem prestado ao paciente.

Para Júnior, Guastelli e França (2006, p. 51) informática em enfermagem consiste na:

“área de conhecimento que diz respeito ao acesso e uso de dados, informatização e conhecimento, para padronizar a documentação, melhorar a comunicação, apoiar o processo de tomada de decisão, desenvolver e disseminar novos conhecimentos, aumentar a qualidade, a efetividade e a eficiência do cuidado em saúde, fornecendo maior poder de escolha aos clientes, e fazer avançar a ciência da enfermagem” (JÚNIOR, GUASTELLI e FRANÇA, 2006, p. 51).

Sendo assim, e face as características peculiares da enfermagem em UTI, entre elas administrar inúmeras informações sobre a situação de saúde do paciente e otimizar o tempo das atividades assistenciais, acreditamos ser de primordial importância o uso da metodologia assistencial informatizada.

A escolha da UTI do Hospital Universitário Professor Polydoro Hernani de São Thiago – HU – se deu por este se tratar de um hospital escola que implementa a metodologia da assistência, somada à necessidade e interesse expressos pelos enfermeiros da unidade em informatizar a metodologia de assistência com o intuito de otimizar o tempo dispensado ao paciente.








Consideramos que a experiência vivida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário nos proporcionou novas experiências e conhecimentos, oferecendo-nos suporte técnico-científico para vida profissional futura.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem aos pacientes em condição crítica de saúde. Aplicar e avaliar o processo de Enfermagem informatizado via *Web* na assistência ao paciente internados em Unidade de Terapia Intensiva utilizando a CIPE® Versão 1.0 via *Web*.

Objetivos Específicos

-  Aprofundar o conhecimento teórico em relação ao cuidado de Enfermagem a pacientes internados em UTI geral.
-  Aprofundar o conhecimento sobre o referencial teórico da CIPE® Versão 1.0.
-  Prestar a assistência de Enfermagem a pacientes internados na UTI utilizando a CIPE® Versão 1.0.
-  Avaliar o processo de enfermagem informatizado via *Web* mediante instrumento de validação.
-  Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas gerais e específicas de Enfermagem no cuidado ao paciente internado em UTI.
-  Desenvolver habilidades administrativas de Enfermagem em UTI.
-  Avaliar a experiência vivenciada de acordo com os objetivos propostos.

PARTE I

PROPOSTA ASSISTENCIAL

1. REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de sustentar nossa prática assistencial realizamos uma revisão de literatura com as seguintes temáticas: Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem em Terapia Intensiva e Processo de Enfermagem Informatizado.

1.1. Unidade de Terapia Intensiva

Concordando com Argenta e Almeida (2006) ao definirem as UTI's como áreas hospitalares com espaços físicos e materiais adequados destinados a clientes em estado crítico de saúde e que necessitam de cuidados contínuos e complexos bem como de atendimento multiprofissional qualificado para diagnóstico e tratamento.

De acordo com Lino e Silva (2001), esta unidade nasceu a partir de uma necessidade percebida durante a Guerra da Criméia (séc. XIX) por Florence Nightingale, a qual percebeu a necessidade de agrupar os pacientes agudamente comprometidos, a fim de favorecer o cuidado imediato e a observação contínua.

Nishide, Malta e Aquino (2000) referem que com o avanço dos procedimentos cirúrgicos, a necessidade de maiores cuidados ao paciente, durante o período pós-operatório imediato, levou ao desenvolvimento das unidades especiais de terapia. Salientam ainda que inicialmente este tratamento era realizado em salas especiais, próximas ou anexas às salas de cirurgias, sendo o acompanhamento conduzido pelo cirurgião e, posteriormente, pelo anestesista. Com o passar do tempo, foram atribuídos aos enfermeiros e à equipe, a responsabilidade direta pela observação e o tratamento clínico dos pacientes de risco.

A evolução das Unidades de Terapia Intensiva deu-se com a criação das salas de recuperação, na década de 20, no Hospital Johns Hopkins (EUA), para a assistência de neurocirurgia, e na década de 30, na Alemanha, para a assistência intensiva no período pós-operatório. Em Boston, na década de 40, surgiu uma unidade para tratamento de queimados após um incêndio em “*night club*”. Na Dinamarca, Suíça e França, na década de 50, foram criadas unidades de assistência intensiva após a epidemia de poliomielite que sobrecarregou os hospitais e forçou a criação de centros regionais para o atendimento dos pacientes. Estes centros levaram o impacto da tecnologia e as modernas técnicas de ventilação mecânica prolongada ao cotidiano das enfermeiras, o que fez com que elas lidassem, pela primeira vez, com equipamentos que as separava de

seus pacientes e aprendessem a combinar manipulação de instrumentos com os cuidados manuais. Na mesma década, as enfermeiras passaram a atuar em áreas mais específicas e percebeu-se que a qualidade da assistência prestada fora mais eficaz (LINO e SILVA, 2001).

Lino e Silva (2001) afirmam que através dessas especificações observou-se que o desenvolvimento das UTI's relacionava-se diretamente com o avanço tecnológico e com a possibilidade de prevenir mudanças que se operam nas condições clínicas, proporcionando um prolongamento na extensão do tempo de vida dos pacientes críticos.

De acordo com os autores supracitados, as UTI's no Brasil foram fundadas no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro em 1960 e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1961. Seu maior desenvolvimento em nosso país ocorreu na década de 1970.

Atualmente designados hospitais possuem UTI's, que podem ser gerais ou específicas, variando de acordo com a especialidade de cada instituição.

O surgimento da prática em UTI marcou um dos maiores progressos obtidos pelos hospitais, visto que, antes dela, o cuidado aos pacientes críticos era realizado nas próprias enfermarias, faltando, desta forma, área física adequada, recursos materiais, humanos e tecnológicos para uma melhor qualidade da assistência prestada.

Segundo Júnior, Laselva e Guastelli (2006, p. 3), a UTI deve:

“proporcionar condições de internação de pacientes graves em ambientes individuais e/ ou coletivos conforme o grau de risco, faixa etária, doença e requisitos de privacidade; prestar apoio diagnóstico-laboratorial, de imagem e terapêutico por 24 horas; e manter condições de monitoração e assistência respiratória contínua”.

Esta unidade deve ter uma área geográfica distinta dentro do ambiente hospitalar, se possível, afastada de áreas de movimentação, e com acesso controlado.

Preconiza-se que sua localização permita fácil acesso aos elevadores de serviço e de emergência, unidade de emergência, unidades intermediárias, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, de serviços laboratoriais e radiológicos (NISHIDE, MALTA e AQUINO, 2000).

Em um hospital o número adequado de leitos destinados à terapia intensiva depende de diversos fatores, sendo os mais evidentes: população que é atendida neste hospital, número de cirurgias realizadas, número de componentes da equipe médica e de enfermagem, e recursos institucionais disponíveis (JÚNIOR, LASELVA e

GUASTELLI, 2006). Os autores ainda afirmam que o número de leitos destinados à terapia intensiva, em hospitais gerais, deve ser de 10% do total de leitos do hospital.

Júnior, Laselva e Guastelli (2006) acreditam que funcionalmente o número ideal de leitos em uma UTI é de oito a doze, tendo como mínimo o número de cinco leitos, considerando que instalações menores tornam-se “impraticáveis e muito onerosas, com rendimento insatisfatório” (JÚNIOR, LASELVA E GUASTELLI, 2006, p. 4). Destacam que quando ultrapassada a capacidade máxima padronizada, a unidade deve ser dividida em subunidades, de modo a proporcionar maior eficiência na assistência.

A disposição dos leitos deve propiciar a visualização direta pela equipe de saúde de forma intermitente, permitindo a monitorização contínua dos pacientes. Conforme Nishide, Malta e Aquino (2000), a disposição de leitos em UTI pode ser realizada em: área comum (tipo vigilância), em quartos fechados ou mista. A área comum possibilita observação contínua dos pacientes. Quando dispostos desta forma é indicada a separação dos leitos através de divisórias leves e laváveis, que proporcionem uma relativa privacidade aos pacientes. Além disso, a UTI com essa característica deve possuir leito próprio para isolamento. Quando a disposição de leitos se dá em quartos fechados, torna-se necessária a adoção de painéis de vidro que facilitem a observação contínua desses pacientes, além de uma central de monitorização no posto de enfermagem, com transmissão de onda eletrocardiográfica e frequência cardíaca. Este tipo de unidade proporciona maior privacidade ao paciente, reduz o nível de ruído e possibilita o isolamento de pacientes infectados e/ ou imunosuprimidos. A unidade mista combina os dois tipos de disposição acima citados, e segundo as autoras, tem obtido bons resultados.

Segundo Silva, Felix e Zilberstein (1995), a área destinada ao tratamento de cada paciente deve ser de tamanho apropriado para, acomodar todo o equipamento necessário ao tratamento do paciente, garantir espaço suficiente para circulação da equipe, além de acomodar adequadamente equipamentos como: respirador, monitor cardíaco, aspirador, aparelho portátil de Raios-X, entre outros.

O posto de enfermagem deve ser centralizado de tal forma que proporcione o controle visual dos leitos. De acordo com Nishide, Malta e Aquino (2000), o posto deve possuir uma área de serviços, anexa, destinada ao preparo de medicação, a qual deve localizar-se de forma que concomitantemente ao preparo da medicação ocorra a visualização dos pacientes. É preconizado que nesta área haja um balcão para preparação das medicações e lavabo para higienização das mãos da equipe de saúde.

Ainda nesta área, deve ser mantido um estoque mínimo de medicamentos para UTI, facilitando desta forma o controle e a reposição diária realizada pela farmácia. Deve haver uma área destinada à estocagem de materiais e equipamentos, que não estão em uso contínuo, cujas dimensões sejam suficientes para atender as necessidades da unidade e permitam um controle sistematizado do material.

Deve possuir ainda, sala de procedimentos especiais que deve estar localizada dentro ou adjacente a UTI, podendo atender a diversas UTI's, quando mais de uma, e fácil acesso, com área suficiente para acomodar os equipamentos e as pessoas. Sala de utilidades com recursos para limpeza e preparo de material, fora da área de circulação da unidade, prevenindo-se, assim, contaminação cruzada e disseminação de infecções. O banheiro de pacientes deve localizar-se na área de internação da unidade (geral) ou anexo ao quarto (isolamento), devendo conter duchas higiênicas e chuveiro, nos banheiros e sanitários. A sala de reuniões é uma área distinta ou separada, próxima à UTI, que é indispensável para discussões de casos e estudos, devendo oferecer recursos para projeções de diapositivos, conter negatoscópio amplo, quadro de avisos e quadro negro. A sala de estudos é destinada para a educação continuada, devendo estar à disposição da equipe multiprofissional da UTI. Com recursos audiovisuais, equipamentos informatizados interativos para auto-aprendizado, bibliografias médicas e de enfermagem (NISHIDE, MALTA e AQUINO, 2000).

A sala de espera de visitas é considerada por Nishide, Malta e Aquino (2000) uma área indispensável que deve conter recursos mínimos de conforto, como: cadeiras confortáveis, bebedouros e materiais educativos destinados aos familiares dos pacientes, enquanto aguardam informações ou são preparados para a visita na unidade. A mesma deve situar-se próxima à UTI.

É recomendada pelas autoras acima citadas que exista ainda, uma secretaria, adjacente à UTI, para o pessoal da administração médica e de enfermagem, e espaços adicionais alocados para pessoal de desenvolvimento, especialistas clínicos e serviço social, quando necessário.

Outras estruturas que ainda compõem uma UTI são: *ambiente para descanso dos funcionários*, sendo este, um local privado, confortável e descontraído. Possuir sanitários masculinos e femininos, dotados de chuveiros e armários, além de uma copa com instalações adequadas para o armazenamento e preparo de alimentos. É necessário que este ambiente esteja interligado à UTI por intermédio de um sistema de intercomunicação, para chamada de urgência, sugerindo-se uma para equipe de

enfermagem e outra para a médica; *recepção da UTI*, destinada a informações e controle de acesso dos visitantes, devendo ser planejada de modo que seja necessária a identificação dos visitantes antes dos mesmos entrarem na unidade. Para que se possa ter uma área para *recepção dos pacientes*, a entrada da unidade deve ter dimensões suficientes para conter o leito que o aguarda e a maca que o traz; para os equipamentos que o acompanham, como também permita a movimentação da equipe para a transferência segura do paciente da maca para o leito da UTI. Por se tratar de uma unidade de acesso restrito, é recomendado que a entrada para os profissionais de saúde seja separada da entrada dos visitantes (NISHIDE, MALTA e AQUINO, 2000).

Quanto aos recursos materiais, Nishide, Malta e Aquino citam que

“uma ampla variedade de equipamentos está disponível para monitorar os pacientes e auxiliar a equipe de trabalho. A aquisição desses equipamentos é um processo a ser desenvolvido por um grupo multiprofissional, pois os equipamentos devem ser adequados àqueles que o utilizam” (NISHIDE, MALTA E AQUINO, 2000, p. 21).

Segundo a Portaria GM/ MS nº. 1071 de 04 de julho de 2005, o Laboratório de Análises Clínicas com hemogasometria e Agencia Transfusional são obrigatórios nas 24 horas do dia e os serviços de apoio descritos a seguir, devem estar disponíveis na estrutura hospitalar: Laboratório de Microbiologia, Ultrasonografia (inclusive a beira do leito), Ecodopplercardiografia, Terapia Renal Substitutiva, Serviço Social, Serviço de suporte Nutricional, Raio-X Móvel, Tomografia Computadorizada, Fibrobroncoscopia e Endoscopia Digestiva.

Quanto ao provimento de recursos humanos, a Portaria nº. 1.071/GM de 04 de Julho de 2005 do Ministério da Saúde, estabelece que uma unidade de terapia deve dispor de equipe básica composta, no mínimo, por: um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva; um médico diarista para o turno da manhã e um à tarde com título de especialista em terapia intensiva para cada dez leitos ou fração; um médico plantonista por turno, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração; um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada dez leitos; um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração, no turno da manhã, tarde e noite; um fonoaudiólogo e/ ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade; um psicólogo disponível para a unidade; um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração por turno; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis nas áreas de nefrologia;

neurologia/neurocirurgia; cirurgia geral; cardiologia; traumato-ortopedia; gastroenterologia; hematologia; pneumologia; cirurgia vascular; cirurgia torácica e urologia. As instituições hospitalares serão responsáveis pela incorporação de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico e em seus relatórios periódicos; a equipe multiprofissional deverá participar das atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde da região de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto como capacitadores quanto capacitandos, seguindo o estabelecido pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

1.2. Enfermagem em Terapia Intensiva

Conforme Knobel (2006), a história da terapia intensiva está intrinsicamente ligada à da enfermagem. A ativa participação de Florence Nightingale nos cuidados prestados aos soldados durante a guerra da Criméia foi extremamente marcante e extraordinária. Florence preocupava-se demasiadamente com as deprimentes condições de tratamento médico oferecido aos feridos em combate. A fim de solucionar e/ ou amenizar esta situação, compôs uma equipe de enfermeiras voluntárias e reuniu todos os feridos de guerra num mesmo ambiente, permitindo-lhes, assim, uma assistência mais direta e eficiente. Tal fato foi um dos percussores que originaram as modernas unidades de terapia intensiva, nas quais os pacientes são reunidos num mesmo espaço proposto a facilitar, racionalizar e tornar mais eficaz o tratamento despendido.

De acordo com Nishide, Malta e Aquino (2000), durante o percurso de implantação das unidades de terapia intensiva, a enfermagem, especificamente os enfermeiros, depararam-se com inúmeros desafios. O intervalo entre as pesquisas e as aplicações clínicas era muito próximo, não havendo tempo suficiente para o desenvolvimento e treinamento de novas equipes de enfermagem. Além disso, segundo os autores sobreditos, os equipamentos e o crescimento das necessidades de atendimento aos pacientes demandavam máxima dedicação, exigindo que os enfermeiros ampliassem suas bases de conhecimento científico e de especializações a fim de proporcionar a integração de suas habilidades técnicas e intelectuais à prática diária (NISHIDE, MALTA e AQUINO, 2000).

Hudak & Gallo (1997) afirmam que atualmente, o enfermeiro em cuidados intensivos deve possuir uma ampla base de conhecimentos, bem como informações

altamente definidas e específicas, com as quais obtenha auxílio na percepção e compreensão de uma grande variedade de questões. De acordo com os mesmos autores, algumas questões atuais com as quais se deparam os enfermeiros em cuidados intensivos são:

“Clientes cada vez mais comprometidos, tecnologia cada vez mais complexa, população cada vez mais idosa, dilemas éticos, pressões para redução de custos e alterações dos sistemas de serviço, incluindo a Enfermagem” (HUDAK & GALLO, 1997, p. 4).

Gomes (1988) destaca que o enfermeiro em terapia intensiva deve ter um preparo especial, uma bagagem de conhecimentos teórico-práticos e aplicações não exigidas do enfermeiro em outras unidades assistenciais. Refere a autora que:

“Os enfermeiros que trabalham em UTI experimentam uma variedade de estresses. Todos os pacientes estão em estado crítico de saúde e muitos deles inconscientes, confusos ou incapazes de se comunicarem. A alta rotatividade dos pacientes e o constante contato com a morte causam freqüentemente sentimentos de aproximação e separação que não são facilmente suportados pela equipe” (GOMES, 1988, p. 30).

Cabe ao enfermeiro identificar as situações de mudança na condição de saúde dos clientes o mais rápido possível com o intuito de fornecer assistência adequada, prevenindo assim, o agravamento do estado geral e até mesmo o advento da morte.

Para Hudak & Gallo (1997), o cuidado em terapia intensiva exige do enfermeiro competência e agilidade para lidar e solucionar impasses com maior destreza que outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. A enfermagem intensiva requer capacidade em integrar a informação, julgar e priorizar as ações em função da rapidez com que ocorrem as adaptações ao desequilíbrio das condições clínicas do paciente (HUDAK & GALLO, 1997).

O enfermeiro em terapia intensiva possui diversas funções, dentre elas: prestação de assistência direta aos pacientes, gerência da assistência de enfermagem realizada pelos auxiliares e/ ou técnicos de enfermagem, além de ser responsável pelas atividades administrativas da unidade. O quantitativo de enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e comissões permanentes, deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura da organização/empresa. Segundo a Resolução n°. 293 de 21 de setembro de 2004 do Conselho Federal de Enfermagem, fica estabelecido que, na distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem em cuidados intensivos durante as 24 horas, 52 a 56% dos profissionais sejam enfermeiros e os demais, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Acreditamos que os enfermeiros, liderando ou em conjunto com outros profissionais de uma equipe multidisciplinar, constituem a base de qualquer estrutura de saúde. Não é possível a assistência focada ao paciente e à família sem uma participação ativa e decisiva do profissional de enfermagem.

1.3. Processo de Enfermagem Informatizado

De acordo com Évora (1995), os Estados Unidos foram precursores na utilização de computadores para a prática de enfermagem. Já em 1960, realizaram a inclusão dos sistemas computacionais na assistência aos pacientes. Em decorrência desta prática, foram criados os primeiros programas hospitalares de informação.

Évora (1995) e Hannah (1990, *apud* Marin 1995) descrevem que o avanço da tecnologia nesta área proporcionou, no final da década de 1960 e início da década de 1970, evolução na utilização destes aplicativos na Enfermagem. Pesquisas inerentes a este assunto, a possibilidade de comunicação *on-line* e compartilhamento de informações facilitaram aos enfermeiros perceber o valor do uso do computador na criação e implantação de sistemas, que têm como objetivo, o auxílio na execução das atividades diárias, transformando o computador em uma ferramenta de trabalho.

Numa nova publicação, no ano de 2006, Évora refere que “as inovações na área da informática têm ocasionado mudanças operacionais, revolucionando os processos de cuidado, de gerência e de ensino dentro das estruturas dos serviços” (ÉVORA, 2006, p.47).

Balduino, Peres e Carraro (2001) fazem referência à Teoria Geral de Sistemas formulada por Bertalanffy, na década de 1950, que norteia muitas produções na área de Informática.

Évora (1995) cita que, em 1982, surgiu nos Estados Unidos, o conceito de Sistemas de Informação em Enfermagem (NISs – *Nursing Information Systems*). A elaboração do conceito de Sistemas de Informação em Enfermagem formulado pelo Grupo Nacional de Estudos em Enfermagem descreve Sistema de Informação em Enfermagem como:

“um sistema que utiliza o processamento automatizado de dados para planejar, fornecer, avaliar e documentar o cuidado prestado ao paciente, como também, para coletar os dados necessários a apoiar a assistência prestada, a equipe e o controle do custo hospitalar” (ÉVORA, 1995, p. 31).

No âmbito da assistência à saúde, a aplicação primária da informação, que Balduino, Peres e Carraro (2001) definem como “dado”, se dá através dos sistemas de informação. De acordo com as autoras supracitadas:

“o conceito de “dados” constantemente é confundido com “informação”. Dados são os fatos em sua forma primária, qualquer representação de caracteres ou números que, ao serem organizados e combinados, adquirem um valor adicional além do valor do fato em si, transformando em informação” (BALDUINO, PERES e CARRARO, 2001, p.102).

Segundo as mesmas autoras, para a obtenção de informação através de dados primários é necessário conhecimento e ação do enfermeiro.

Balduino, Peres e Carraro (2001) discutem o propósito da mudança de conceitos sobre informática e sua evolução, que em virtude de sua crescente popularização, facilitou sua visualização como ciência e também como possível integrante de outras ciências. Seu uso está cada vez mais difundido, proporcionando às pessoas acesso mais fácil, objetivo e prático a esta tecnologia.

De acordo com Marin (1995), constata-se o uso de computadores e sua aplicabilidade em diferentes áreas, como no auxílio à assistência ao paciente e à sua gerência, no ensino e na pesquisa em Enfermagem.

Évora (1995) refere que o crescimento do interesse no uso de computadores como ferramenta de trabalho no auxílio à assistência, possui inúmeras vantagens ao enfermeiro. Dentre eles, o caráter intelectual do processo de enfermagem, que exige amplo conhecimento teórico das informações que nele devem constar; a concessão do tempo dos enfermeiros para administrar e comunicar informações. Outra vantagem da utilização de computadores na prática diária é a exigência dos setores com a economia dos custos no cuidados à saúde (ÉVORA, 1995).

Espera-se dos profissionais que trabalhem com aumento da produtividade e diminuição dos gastos e que, simultaneamente, mantenham a alta qualidade e eficiência do serviço prestado. Esta tecnologia não detém a capacidade de garantir a contenção de gastos, mas conserva em seu poder o potencial para ajudar os enfermeiros a melhorar sua produtividade. Há, também entre os fatores favoráveis à implantação de computadores, a tecnologia dos sistemas de informação com respeito à própria informação, que possibilita ao enfermeiro seu controle e acesso rápido e eficaz quando assim achar necessário (ÉVORA, 1995).

Conforme a autora acima citada, a profissão de enfermagem demanda responsabilidade e habilidade. Habilidade ao prestar assistência, habilidade de

administrar a informação para a continuidade dos cuidados, controle de qualidade e responsabilidade legal. Para ser considerada eficiente, a prática de enfermagem requer de cada enfermeiro a administração de toda informação recebida, independente de quem a repasse. “O papel do computador na enfermagem implica, portanto, ajudar o enfermeiro a organizar e administrar esta sobrecarga de informações e a otimizar seu tempo” (ÉVORA, 1995, p.18). Somam-se, ainda, as vantagens de eficiência, velocidade, contenção de custo, versatilidade, possibilidade de inclusão de dados complementares em suas próprias intervenções e a revisão do plano de cuidados que o computador pode oferecer a qualquer hora (ÉVORA, 1995).

Para Marin (1995), a introdução do uso de computadores na prática da profissão provém à enfermagem maior destreza e menor tempo para execução de tarefas genuinamente burocráticas disponibilizando assim, o restante do tempo do enfermeiro para o desenvolvimento da assistência direta ao paciente.

Para Évora (1995), um sistema de informação em enfermagem tem a finalidade de auxiliar os enfermeiros na idealização e no registro da assistência prestada. Este subsídio favorece a eficácia do serviço e a assistência de alta qualidade.

A autora ainda alega que o sistema de informação facilita a organização das atividades diárias da equipe de enfermagem, bem como, otimiza o tempo do enfermeiro, que anteriormente era despendido em assuntos burocráticos e agora é focado na melhor qualidade da assistência prestada.

Évora (1995) sugere ao sistema de informação em enfermagem diversas aplicações, as quais não se restringem no auxílio aos profissionais. Ele contribui também para a qualidade da administração hospitalar, que para a instituição, significa melhorias operacionais através do aprimoramento da assistência prestada.

Sperandio (2002) afirma que na busca pela consolidação e autonomia da profissão de enfermagem, o enfermeiro deve sempre procurar aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos e compartilhá-los com os demais membros da equipe, para que juntos possam aplicá-los durante a assistência ao paciente. Ao implementar a sistematização da assistência à sua rotina, o enfermeiro afirma sua competência profissional que, conseqüentemente, contribui na determinação do seu papel.

Com o intuito de facilitar esta implementação, o uso do computador permite que a sistematização da assistência e sua documentação sejam disponibilizadas de modo informatizado, o que proporciona ao enfermeiro analisar a eficiência e qualidade do serviço prestado.

Conforme Marin (1995, *apud* NCNR, 1993), o objetivo da aplicação da informática na enfermagem é a elaboração de programas que disponibilizem e possibilitem a documentação de toda a informação obtida, como também, o registro do conhecimento do enfermeiro e o acesso às informações em qualquer momento que achar necessário. A autora afirma que ocorrido este processo, a enfermagem deterá conhecimentos amplamente estruturados com o intuito de apoiá-lo e auxiliá-lo na execução da assistência e na tomada de decisões, colaborando assim, com o exercício da profissão.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para orientar a nossa prática assistencial junto ao paciente em UTI utilizamos como referencial teórico a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE.

2.1. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE – é uma ferramenta que permite representar mundialmente e de forma fidedigna a realidade da prática de enfermagem, ajudando os enfermeiros a descrever, analisar e comparar práticas de enfermagem ao nível local, regional, nacional e internacional.

Segundo Nobrega e Gutiérrez (2000), o emprego de sistemas de classificação na prática de enfermagem tem mobilizado mundialmente os enfermeiros, atendendo ao desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciar os elementos da sua prática.

O uso de uma terminologia compartilhada para expressar os elementos da prática de enfermagem permite descrições da mesma de tal modo que facilite a comparação das práticas entre cenários clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo. A partilha de uma terminologia permite, ainda, identificar a contribuição particular dos enfermeiros na equipe multidisciplinar de cuidados de saúde, bem como diferenciar as práticas dos enfermeiros peritos e de outros prestadores de cuidados de saúde.

A resolução de estabelecer uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem foi identificada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*, ICN) e pelos representantes nacionais – CNR durante o Congresso Quadrienal do ICN no ano de 1989, em Seul, na Coreia, como uma necessidade de descrever os fenômenos dos clientes que preocupam os enfermeiros, as intervenções específicas de enfermagem e os respectivos resultados para os clientes (ICN, 2006).

De acordo com o ICN (ICN, 1992 *apud* NOBREGA e GUTIÉRREZ, 2000, p. 7.),

“as justificativas para a elaboração desse projeto foram vinculadas, principalmente, à falta de um sistema e de uma linguagem específica da profissão, que é necessária para que a Enfermagem possa contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde, na crescente importância nas classificações médicas e como propósito para controlar seu próprio trabalho. Esse fato tem impulsionado a Enfermagem para demonstrar a sua importância na contribuição nos serviços de saúde, no crescimento da

importância de padronização e na necessidade urgente de ter uma linguagem capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem”.

As primeiras etapas do projeto de construção da CIPE constituíram-se na realização de um levantamento bibliográfico na literatura da Enfermagem e de uma pesquisa junto às associações membros do ICN, tendo como finalidade a identificação, em âmbito internacional, dos sistemas de classificação, já existentes, utilizados pelos enfermeiros. Os resultados alcançados nesse projeto piloto identificaram classificações desenvolvidas na Austrália, Bélgica, Dinamarca, Suécia e Estados Unidos. Em etapa posterior, foram analisadas a Classificação Internacional de Doenças, CID – 10, as classificações aceitas pela Organização Mundial de Saúde – OMS e os 14 Sistemas de Classificação de Enfermagem, identificados na pesquisa, tendo como objetivo a identificação de denominações pertencentes à Enfermagem. Partindo dessa análise, o ICN apresentou no ano de 1993, o documento intitulado *Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice* – ICNP (Próximo avanço da enfermagem: Uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE), que é considerado uma compilação, em ordem alfabética, dos elementos da prática de enfermagem – os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados – identificados nesses sistemas, não sendo considerada a primeira versão da CIPE (ICN, 1993 *apud* NOBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Na terceira etapa desse processo, os sistemas de classificação identificados foram transformados em entidades de conceito, sendo ainda, agrupados e hierarquizados em estruturas coerentes de conceitos. Essa reunião sistemática de conceitos dos sistemas de classificação existentes deu origem à construção de duas pirâmides de conceitos da CIPE: uma pirâmide de conceito dos fenômenos da enfermagem e uma pirâmide de conceitos de intervenções da enfermagem (NOBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Conforme o ICN (2006), as definições da CIPE evoluíram conjuntamente com o desenvolvimento efetivo da terminologia. A publicação da primeira versão da CIPE® – Versão Alfa: Um Marco Unificador, construído pelas Classificações de Fenômenos e de Ações de enfermagem – em 1996, deu início a um longo percurso de melhoria contínua, efetuado por vários enfermeiros a nível mundial, dando lugar a um Sistema de Informação em Enfermagem universal. A CIPE fornecia a partir de então, um vocabulário, uma nova classificação para a enfermagem e uma estrutura na qual poder-se-iam cruzar os vocabulários e classificações existentes, de forma a possibilitar a

comparação dos dados de enfermagem avaliados, utilizando outros vocabulários e classificações de enfermagem reconhecidas.

De acordo com o ICN (2001, *apud* ICN, 2006), a CIPE® Versão Beta foi lançada em 1999. Este lançamento proporcionou uma oportunidade para ampliar a participação no desenvolvimento contínuo da CIPE. Os enfermeiros que utilizaram a Versão Beta em sua prática recomendaram muitas alterações fundamentais, como as de ordem gramatical, mudança ou correção de códigos e correção de definições. Após revisão e *feedback* foi então publicada a CIPE® Versão Beta 2 em 2001.

Com a introdução da Versão Beta 2, a CIPE foi operacionalmente definida como uma classificação de fenômenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem, que descrevem a prática de enfermagem (ICN, 2001 *apud* ICN, 2006). Nesta Versão, a classificação dos fenômenos de enfermagem estava estruturada em oito eixos e a classificação das ações de enfermagem em igual número. O diagnóstico de enfermagem foi definido como o rótulo dado pelo enfermeiro à decisão sobre um fenômeno, o qual constituía o foco das intervenções de enfermagem. Para a formulação de um diagnóstico de enfermagem fazendo uso da CIPE® Versão Beta 2, recorria-se a conceitos contidos na estrutura de classificação dos fenômenos de enfermagem. Os resultados de enfermagem eram definidos como a medida ou *status* de um diagnóstico de enfermagem analisado em diferentes momentos do tempo, após uma intervenção de enfermagem. Consecutivamente, a estrutura de classificação dos fenômenos de enfermagem era também utilizada para enunciar os resultados de enfermagem. As intervenções de enfermagem eram compostas de conceitos contidos na estrutura de classificação das ações de enfermagem e eram implementadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, a fim de produzir um dado resultado (ICN, 2006).

A fim de exemplificar a relação existente entre a CIPE e a ferramenta informatizada apresenta-se a seguir um diagrama de fluxo fundamentado no ICN (2006).

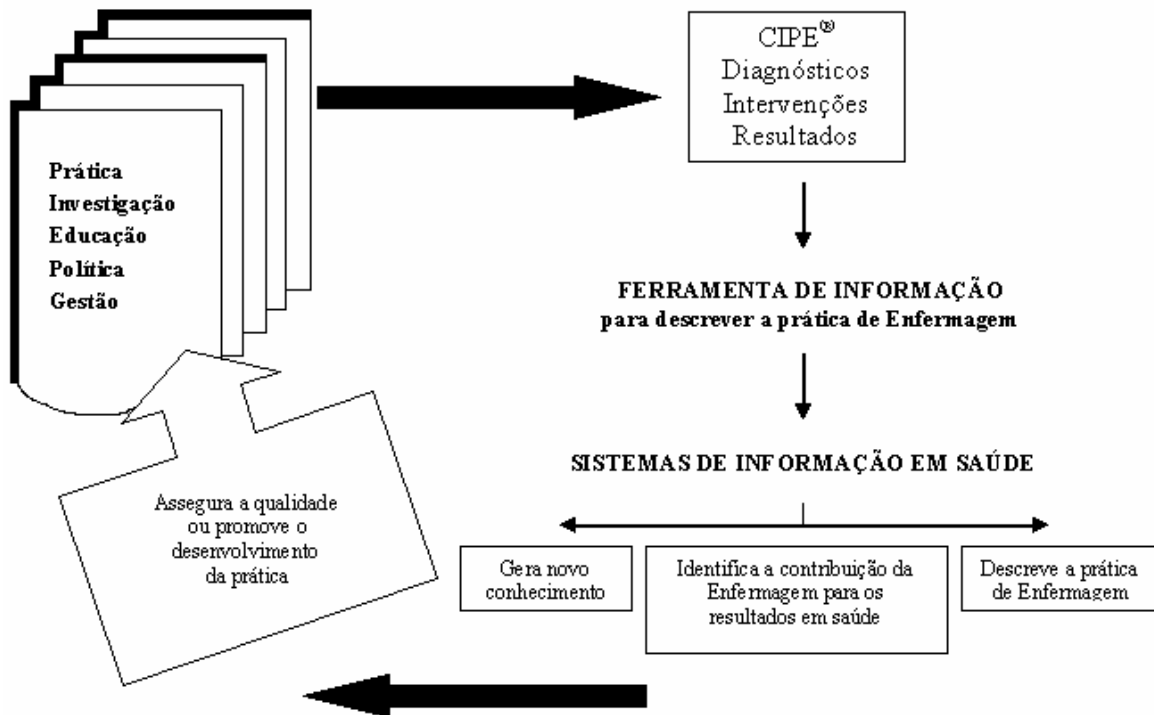


Figura 01 – Ferramenta de Informação
Fonte: ICN (2006)

A CIPE® Versão Beta 2, bem como as versões anteriores, foi sujeita à utilização e análise extensivas em diferentes locais do mundo. Durante sua avaliação contínua, o ICN, em 2002, recomendou o desenvolvimento de um estudo de investigação com a finalidade de averiguar em que medida a CIPE poderia ser apoiada pela utilização de sistemas de informação. Este estudo buscou, mundialmente, opiniões de líderes no campo de vocabulários do cuidado em saúde e, objetivou assegurar que a CIPE® Versão 1.0 fosse consistente com os padrões existentes de foco e julgamento no estabelecimento dos vocabulários. As principais recomendações levantadas neste estudo foram: 1) prover uma base mais formal para a CIPE; e 2) fazer uso de um *software* capaz de atender os critérios aceitos para um vocabulário totalmente utilizável. São exemplos destes critérios: 1) evitar a redundância entre termos; 2) evitar a ambigüidade dos termos; e 3) assegurar-se que os códigos associados aos termos no vocabulário não refletissem a estrutura hierárquica do vocabulário. As versões Beta e Beta 2 não atingiram de forma consistente estes critérios (ICN, 2006).

Desta forma, a CIPE[®] Versão 1.0 é considerada pelo ICN (2006, p. 19),

“mais do que apenas um vocabulário. É um recurso que pode acomodar vocábulos já existentes (através do cruzamento/ mapeamento), que pode ser usado para desenvolver novos vocábulos (como uma terminologia composicional), e que pode identificar relações entre conceitos vocabulários (como uma terminologia de referência)”.

Esta versão proporciona aos enfermeiros de todo o mundo, a documentação sistemática de seus trabalhos com indivíduos, famílias e comunidades, utilizando diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem padronizados (ICN, 2006).

A CIPE[®] Versão 1.0 veio substituir a CIPE[®] Versão Beta 2, visto que após avaliação realizada por enfermeiros docentes e assistenciais de todo o mundo, concluiu-se que a versão anteriormente estruturada em dois modelos multiaxiais, mantinha-os divididos em duas classificações separadas com códigos distintos. Existiam vários códigos para variados diagnósticos, o que dificultava o entendimento dos enfermeiros ao estabelecer sua intervenção de enfermagem com as ações correspondentes, além de gerar a fragmentação do cuidado (ICN, 2006).

A partir do que foi relatado, entendeu-se que a codificação deveria servir como um único identificador de um termo, facilitando, desta forma, o processo de enfermagem informatizado. Com isso, conseguiu-se estabelecer um código correspondente a cada diagnóstico e sua respectiva ação. A principal mudança foi a junção dos fenômenos e ações em uma única classificação diagnóstica, possibilitando aos enfermeiros melhorar os registros de sua assistência de forma informatizada, utilizando-se dos avanços dos sistemas de informação.

A figura abaixo ilustra a nova estrutura de disposição dos sete eixos que definem um diagnóstico para a CIPE[®] Versão 1.0.

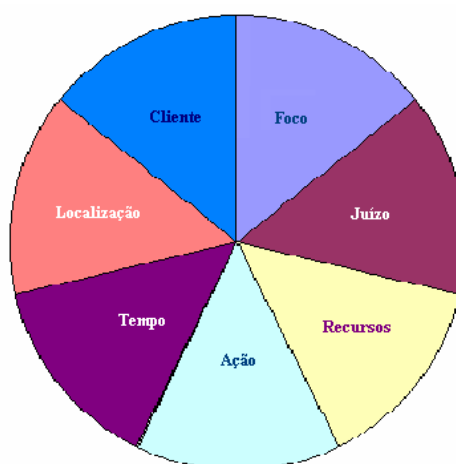


Figura 02 – Eixos da CIPE
Fonte: CIPE[®] Versão 1.0 (2006)

●**Foco:** Área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo: dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento).

●**Juízo:** Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (por exemplo: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal).

●**Recursos:** Forma ou método de concretizar uma intervenção (por exemplo: ligadura, técnica de treino vesical, serviço de nutrição).

●**Ação:** Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (por exemplo: educar, trocar, administrar, monitorizar).

●**Tempo:** O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (por exemplo: admissão, nascimento, crônico).

●**Localização:** Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (por exemplo: posterior, abdômen, escola, centro de saúde).

●**Cliente:** Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (por exemplo: recém-nascido, prestador de cuidados, família, comunidade).

2.2. Conceitos de Enfermagem

A literatura evidencia que os referenciais teóricos de Enfermagem além de possuírem os conceitos específicos possuem quatro conceitos centrais que norteiam o desenvolvimento do processo de enfermagem: ser humano, saúde, ambiente e enfermagem.

Ser humano:

Para a CIPE, o ser humano é denominado “cliente” e é descrito como o “sujeito a que o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção de enfermagem” (ICN, 2006).

Neste estudo o cliente em UTI é compreendido como um ser singular e total, que se encontra em situação de saúde grave ou de alto risco, com vários diagnósticos de enfermagem e que requer intervenções de enfermagem sistematizadas livre de riscos e em tempo hábil com vista a recuperação de sua saúde.

Saúde:

A *World Health Organization* (2007) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de infecções e enfermidades.

Sabemos que a saúde é o foco de trabalho de todas as unidades hospitalares. Quando falamos em tratamento realizado em Unidades de Terapia Intensiva, esta pretensão torna-se ainda maior, visto que a situação saúde-doença do paciente é crítica, e ele necessita de cuidados intensivos para total recuperação do seu estado de saúde.

Ambiente:

O ambiente neste estudo é a Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral, onde se encontram vários seres humanos em condição de saúde grave, beneficiários de intervenções de enfermagem sistematizadas, seus familiares e profissionais de saúde.

Enfermagem:

De acordo com o ICN (2007), a Enfermagem engloba o cuidado autônomo e colaborativo de indivíduos de todas as faixas etárias, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis nos diversos contextos sociais. Inclui a prevenção de doenças, bem como a promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como papéis primordiais: pesquisa; educação; participação no desenvolvimento de políticas de saúde; proteção e promoção de ambientes seguros; e o gerenciamento de sistemas de saúde.

Para este estudo, a enfermagem é arte unida à ciência, que trabalha para a melhoria da situação de saúde do ser humano. Exige do profissional uma série de qualidades, sendo algumas destas: atenção, dedicação, criatividade, sensibilidade, carisma e compreensão do indivíduo, além de amplo conhecimento teórico-prático.

3. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O Processo de Enfermagem é reconhecido mundialmente como uma metodologia universal capaz de organizar e sistematizar a assistência de enfermagem.

Trata-se de uma estrutura dentro da qual os enfermeiros podem organizar as informações coletadas sobre os pacientes e estabelecer as intervenções que atendam as suas necessidades, além de proporcionar a avaliação dos resultados obtidos.

As etapas que constituem o Processo de Enfermagem segundo a CIPE® Versão 1.0 são: Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultado de Enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem – é considerado um título dado pelo enfermeiro para uma decisão sobre um fenômeno de enfermagem, que é o foco da intervenção de enfermagem, sendo o diagnóstico construído a partir dos conceitos contidos nos eixos da classificação dos fenômenos.

Intervenções de Enfermagem – são ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem visando à obtenção de um resultado de enfermagem.

Resultado de enfermagem – é a mensuração da mudança de um diagnóstico de enfermagem num período determinado de tempo, após a execução das intervenções de enfermagem.

O Modelo de 7 Eixos da CIPE® Versão 1.0, já descrito anteriormente, é utilizado pelos enfermeiros para construir os enunciados dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem a serem utilizados na prática. Os responsáveis do Programa CIPE recolhem e codificam estes enunciados, que são posteriormente, organizados de forma a criar os catálogos das CIPE. Estes por sua vez, são definidos como subconjuntos de diagnósticos, intervenções, resultados de enfermagem, especificamente direcionados para uma área ou especialidade selecionada da prática.

Os catálogos podem dar uma resposta a uma necessidade prática de construir sistemas de registro manuais ou eletrônicos dos clientes, com todos os benefícios de pertencerem a um sistema unificado de linguagem.

As orientações para a criação de enunciados com a CIPE foram desenvolvidas usando a norma ISO: Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem (ISO 18104, 2003 *apud* ICN, 2006).

Segundo o ICN (2006), algumas recomendações são dadas para a construção dos Diagnósticos, Intervenções e Resultados de enfermagem, a saber:

Recomendações para a construção de Diagnósticos e Resultados de Enfermagem:

1. Deve-se incluir um termo do **Eixo do Foco**.
2. Deve-se incluir um termo do **Eixo do Juízo**.
3. Optar por incluir ou não, termos adicionais, conforme o necessário, do Eixo da Ação ou de qualquer outro Eixo.

Recomendações para a construção de Intervenções de Enfermagem:

1. Deve-se incluir um termo do **Eixo da Ação**.
2. Deve-se incluir pelo menos um termo **Alvo**. Um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Juízo.
3. Optar por incluir ou não, termos adicionais, conforme necessário, do Eixo da Ação ou de qualquer outro Eixo.

4. PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO

Utilizamos neste estudo as etapas do Processo de Enfermagem Informatizado elaborado por Dal Sasso e Antunes (2006).

Para desenvolver o processo de Enfermagem Informatizado ao paciente politraumatizado em terapia intensiva, Dal Sasso e Antunes (2006) utilizaram uma proposta adaptada de Laudon e Laudon (1999) e Heuser (2004) composta por cinco etapas descritas a seguir:

Levantamento de Requisitos:

“refere-se à revisão teórica e técnica da temática do estudo, avaliação da necessidade deste conteúdo junto aos enfermeiros na prática, sensibilização do grupo do estudo, estabelecimento da equipe de desenvolvimento, recursos econômicos, gerenciamento e organização da estrutura de dados, informação e conhecimento do sistema de acordo com a CIPE® Versão 1.0 para a Unidade de Terapia Intensiva” (ANTUNES, 2006, p. 61).

Primeiramente, a fim de compreender a estrutura de classificação da CIPE, seus eixos, focos e julgamentos, bem como, o entendimento quanto à proposta que posteriormente seria incorporada à plataforma computadorizada, as autoras realizaram uma busca literária, participaram de cursos e congressos, além de algumas visitas técnicas a serviços de enfermagem que utilizavam a CIPE. Em seguida, foi iniciado o percurso de estudo com as enfermeiras da UTI que se propuseram a participar da proposta assistencial.

Com o intuito de desenvolver construtivamente o processo de enfermagem informatizado ao paciente politraumatizado de UTI a partir da CIPE® Versão 1.0, com os enfermeiros, foram seguidas quatro etapas:

1ª Etapa – conhecimento do processo de estruturação da CIPE® Versão 1.0 na assistência de Enfermagem, a partir da inter-relação dos fenômenos e ações de enfermagem.

2ª Etapa – reflexão com as enfermeiras sobre o processo de estruturação da CIPE na assistência de Enfermagem, a partir da inter-relação dos fenômenos e ações de enfermagem.

3ª Etapa – identificação dos dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem do paciente politraumatizado de acordo com a CIPE® Versão 1.0, utilizando

instrumentos específicos como um roteiro de avaliação do paciente e um formulário de registro dos fenômenos e das ações de Enfermagem.

4ª Etapa – proposição, juntamente com as enfermeiras, do Processo de Enfermagem ao paciente politraumatizado de terapia intensiva a partir da CIPE® Versão 1.0.

Simultaneamente a este momento, e juntamente com a equipe de desenvolvimento do sistema informatizado, foram definidas algumas limitações do sistema, como: a escassez de tempo, e os recursos físicos e econômicos que seriam necessários. Em função disto, foi definido que o sistema seria composto por uma estrutura (*framework*) modular organizada em 5 módulos de acordo com a proposta de Dal Sasso (2003): Módulo 1 – avaliação do registro; Módulo 2 – diagnósticos de enfermagem; Módulo 3 – intervenções de enfermagem; Módulo 4 – relatórios e sistemas de alerta; Módulo 5 – alimentação do sistema a beira do leito através de *palm top*.

Alguns sistemas de alerta foram criados para apoiar a decisão clínica do enfermeiro, ou seja, alertá-lo durante a avaliação dos pacientes que apresentam o mesmo diagnóstico de enfermagem por mais de três dias, a utilização de drogas vasoativas em dose α (alfa) e β (beta) adrenérgicas e aqueles pacientes com maior susceptibilidade a desenvolver úlceras de decúbito.

Análise da Tecnologia Informatizada:

“Refere-se à definição da estrutura do sistema, seleção dos *softwares*, a linguagem de programação e de banco de dados que seria utilizado, servidor para armazenamento dos dados, design das telas e equipe de desenvolvimento” (ANTUNES, 2006, p. 61).

Nesta etapa foram escolhidos os *softwares* que seriam utilizados no desenvolvimento do sistema. Como editor de páginas HTML e PHP a opção foi o Macromedia Dreamweaver 8.0.

Por se tratar de uma proposta de código aberto a opção foi por *softwares* livres em uma arquitetura cliente-servidor, sendo estes o Apache: 2.0.59, o MYSQL: 4.1.20 e o PHP: 4.4.2.

Estrutura e Modelagem dos Dados na Plataforma Computadorizada:

Para Heuser (1998 *apud* Antunes 2006, p. 61) a Modelagem de Dados refere-se ao “processo de abstração onde somente os elementos essenciais da realidade são enfatizados para a aplicação em questão, descartando-se os elementos não-essenciais” e tem por objetivo “transmitir e apresentar uma representação única, não redundante e resumida dos dados de uma determinada aplicação”. E afirma que os modelos de dados são classificados de acordo com os conceitos utilizados para representar os dados, podendo ser: conceituais, lógicos e físicos.

Modelagem Conceitual e Lógica – seguiu a modelagem conceitual de entidade-relacionamento contendo 36 entidades, operações, pelos relacionamentos, utilizando a linguagem SQL – que estabelece a álgebra relacional –, as relações do banco de dados – visando sua consistência –, bem como os respectivos atributos, chave primária e estrangeira respectivamente.

Modelo Físico – foram empregadas três camadas: a camada apresentação - que é a responsável pelo controle da interface com o usuário (telas); a camada de aplicação - que estabelece as declarações que restringem, derivam e fornecem condições de existência, representando o conhecimento do negócio, que no caso da temática estudada pela autora foi sua aplicabilidade, seus objetivos, processos, recursos e regras; e a camada persistência - que diz respeito ao armazenamento das informações no banco E-R. Nesta última etapa da modelagem determinou-se a implementação física do banco de dados no *software* MYSQL.

Implementação do Sistema:

Esta etapa foi realizada continuamente mediante as avaliações da equipe de desenvolvimento: enfermeiros, professores e programadores de sistemas computacionais.

Após a conclusão do sistema, os enfermeiros foram cadastrados para possibilitar o acesso destes. Cada enfermeiro possuía um *login* e uma senha de entrada no sistema, o que garantia a ele a autonomia e amparo legal no momento de sua avaliação, pois somente ele poderia acessar os registros de sua avaliação clínica.

Ao acessar a página do sistema, o enfermeiro efetuava seu *login* e senha conforme a figura abaixo:

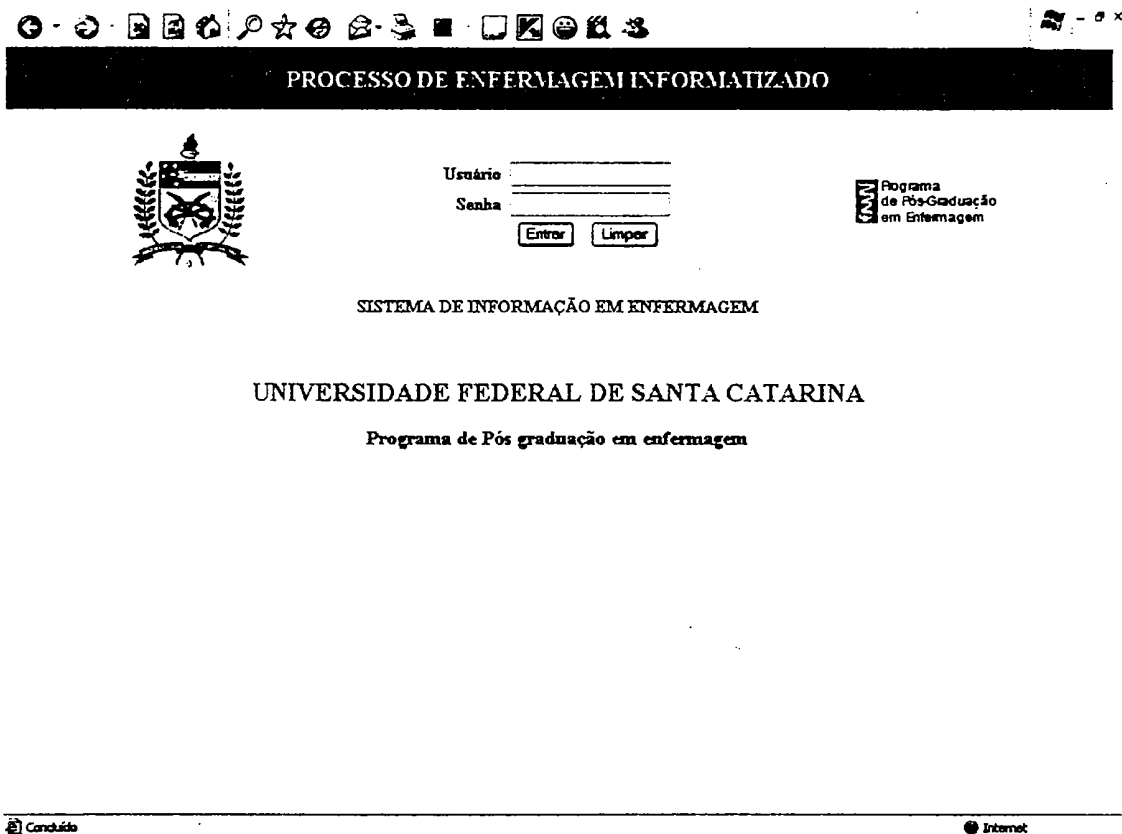


Figura 03 – Tela Acesso ao Sistema

Fonte: Antunes (2006)

Efetuada o *login*, o enfermeiro passava para uma outra tela do sistema, onde aparecia no canto superior direito a opção de abrir ou de consultar o prontuário do paciente. Ao clicar no *link Home*, localizado no canto superior esquerdo, tinha-se a opção de cadastrar um novo prontuário. Abaixo deste *link*, a tela demonstrava o nome do enfermeiro que estava logado, e ao centro dela, visualizavam-se os pacientes internados, para que caso necessitasse o enfermeiro pudesse realizar nova avaliação. Com um *click* no nome do paciente abria-se a tela subsequente, conforme a figura que segue:

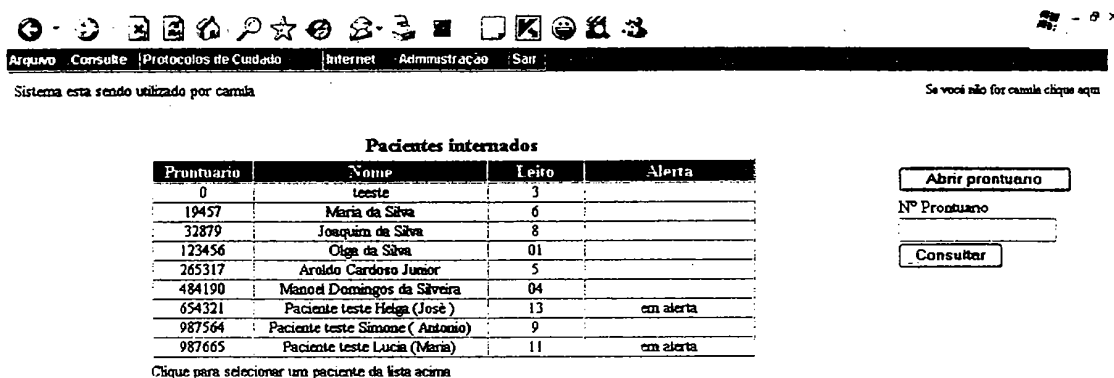


Figura 04 – Tela Cadastro de Pacientes
Fonte: Antunes (2006)

O *menu* do sistema é composto pelos seguintes itens:

Arquivo: que possibilita o acesso aos prontuários e à tela principal.

Consulte: através do qual, o enfermeiro pode acessar os dados do paciente, seu prontuário completo ou efetuar uma busca por sistemas.

Protocolos de cuidado: onde se encontram os protocolos do Ministério da Saúde referentes ao atendimento de emergência.

Internet: que oportuniza ao enfermeiro uma busca, através de um *site* específico, em tempo real para o esclarecimento de suas dúvidas no momento da avaliação clínica, ou consulta a base de dados com revistas e periódicos cadastrados, bem como, contatos com a equipe de desenvolvimento do sistema para eventuais emergências de operacionalização.

Administração: é uma ferramenta de acesso da equipe de desenvolvimento que possibilita o cadastro de novos usuários-enfermeiros ao sistema. Este item é dividido em cadastrar, alterar, excluir e *log* (consiste em: sair, retornando à tela inicial de acesso).

A tela subsequente surge após o enfermeiro ter cadastrado ou escolhido o paciente para realizar nova avaliação. Nesta são encontrados todos os dados necessários para uma completa avaliação do paciente, respeitando a ordem do processo de enfermagem.

Os dados foram estruturados conforme os sistemas humanos e organizados de forma que os dados de identificação do paciente, os sinais vitais invasivos e não invasivos, a oximetria e a capnografia pudessem sempre estar no campo visual do enfermeiro durante a avaliação.

Logo abaixo dos sinais vitais, encontra-se o campo de Peso e Altura do paciente, que por sua vez, realiza o cálculo imediato do Índice de Massa Corpórea – IMC, o qual se encontra na avaliação do Sistema Gastrointestinal. Nesta mesma tela, é disponibilizado ao enfermeiro, um campo para descrição dos dados subjetivos quando relatados pelo paciente e/ ou sua família. À esquerda deste, encontram-se *links* para todos os sistemas humanos: respiratório, cardiovascular, neurológico, musculoesquelético, gastrointestinal, tegumentar, reprodutivo masculino e feminino e biopsicosocial.

A fim de garantir ao enfermeiro uma avaliação completa ao paciente, fez-se possível registrar os resultados dos exames laboratoriais em um *link* disposto logo abaixo dos sistemas humanos.

Ainda nesta tela, com intuito de diminuir a ocorrência de erros nas anotações de infusão e drenagem, estruturou-se o Balanço Hidroeletrolítico, de Sangue e Expansores, estando na tela dispostos abaixo dos dados subjetivos. Assim que esses dados são cadastrados no sistema, o mesmo gera automaticamente a situação do paciente, acusando se o balanço está positivo ou negativo. Encontramos também nesta tela, um campo para a fluidoterapia, onde o enfermeiro visualiza todas as drogas utilizadas em terapia intensiva e possui um espaço para descrição da quantidade da infusão que o paciente recebe em ml/ hora ou gotas/ minuto.

Nos cantos inferiores da tela existem quatro campos com intervenções específicas de enfermagem, onde o enfermeiro pode adicionar cuidados especiais em sua prescrição para os pacientes que estão utilizando cateter de artéria pulmonar, balão intraórtico, pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e pacientes grandes queimados.

A tela descrita no texto acima é a que segue:

Home Relatórios Protocolos Internet Alerta Sair

Dados de Identificação

Nome Paciente: Olga de Sá Data / Hora: 2005-11-29 00:00:00

Promário Nº: 103456 Situação: Internado Data / Hora Admissão: 2005-11-29 00:00:00

Procedência: Diagnóstico Médico:

| | | | | | | |
|--|--|-------------------|--|--------------------------|--|-------------|
| Avaliação Respiratória | Sinais Vitais | | <input checked="" type="checkbox"/> SV Não invasivos | | <input checked="" type="checkbox"/> SV Invasivos | |
| | PA: <u>135x80</u> mmHg | R: <u>16</u> bpm | PAM: <u>16</u> mmHg | PVC/PAD: <u>5</u> mmHg | | |
| Avaliação Cardiovascular | P: <u>93</u> bpm | T: <u>37.3</u> °C | PAP: <u></u> | S: <u>18</u> | M: <u>13</u> | D: <u>5</u> |
| Avaliação Neurológica | | | PCPM: <u>20</u> | DC: <u>2</u> | IC: <u>1</u> | |
| Avaliação Musculoesquelética | | | PIC: <u>13</u> | PCP (PAM - PIC): <u></u> | | |
| Avaliação Gastrointestinal | | | | | | |
| Avaliação Renal | <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria de pulso | | <input checked="" type="checkbox"/> Capnografia | | | |
| Avaliação Tegumentar | <input type="radio"/> saturação de O ₂ de 90 - 100% | | Capnografia: <u>35</u> % | | | |
| Avaliação Reprodutiva | <input type="radio"/> saturação de O ₂ de 80 - 90% | | | | | |
| Avaliação Biopsíquica | <input type="radio"/> saturação de O ₂ de 70 - 80% | | | | | |
| Exames Laboratoriais | <input type="radio"/> saturação de O ₂ < 70% | | | | | |
| Dados Subjetivos Paciente e/ou família: Paciente procedente de Freiburg, estava internada há meses aguardando cirurgia de retirada de massa tumoral. | | | | | | |

Concluído Internet

Figura 05 – Tela Inicial de Avaliação de Pacientes
 Fonte: Antunes (2006)

Uma nova tela aparece quando o enfermeiro escolhe um sistema a ser avaliado. Esta está estruturada em duas colunas, uma com os dados do exame físico e outra com os diagnósticos de enfermagem. Uma vez que a coluna do exame físico é avaliada, o próximo passo é a escolha dos diagnósticos, conforme mostra a figura:

Paciente: Olga da Silva

Sinais Vitais

| Sinais Vitais Invasivos | | | Sinais Vitais Não Invasivos | | Oxigenação |
|-------------------------|------------------|-------|-----------------------------|------------|---|
| PAM: 16 mmHg | FVC/PAD : 5 mmHg | | PA: 135x80 mmHg | R: 16 bpm | Oximetria Saturação de O ₂ de 90 - 100 % |
| PAP | | | P: 93 bpm | T: 37,3 °C | Capnografia Capnografia a 35 % |
| S: 18 | M: 13 | D: 5 | | | |
| PCPM: 20 | DC: 2 | IC: 1 | PIC: 13 | PCP: 3 | |

Prontuário

| Respiratório | Cardiovascular | Neurológico | Musculoesquelético | Gastrointestinal | Renal | Tegumentar | Reprodutivo | Biopsíquico | Exames laboratoriais | Intervenção |
|---|----------------|-------------|--------------------|------------------|---|------------|-------------|-------------|----------------------|-------------|
| Avaliação | | | | | Diagnóstico | | | | | |
| Avaliação realizada em 02/12/2006 às 21:31:42 | | | | | Diagnóstico realizado em 29/11/2006 às 14:46:19 | | | | | |
| Avaliações | | | | | Diagnósticos | | | | | |
| Perfusão/Saturação Periférica | | | | | Sistema respiratório comprometido | | | | | |
| Acianótico | | | | | Aspiração orotraqueal ineficaz | | | | | |
| Oxigenação | | | | | Troca de gases inadequada | | | | | |
| Ventilação mecânica por TOT/Traqueostomia | | | | | Perfusão e saturação tissular adequada | | | | | |
| PS | | | | | Congestão pulmonar leve | | | | | |
| Avaliar | | | | | Dependente de ventilação mecânica em volume controlado | | | | | |
| | | | | | Dependente de ventilação mecânica em pressão controlada | | | | | |
| | | | | | Preencher | | | | | |

Figura 06 – Tela de Avaliação e Diagnósticos
Fonte: Antunes (2006)

Selecionados os diagnósticos, a tela de avaliação com dados do exame físico é automaticamente ocultada, e surge então, os diagnósticos em uma coluna e, na outra, as intervenções de enfermagem a serem assinaladas pelo enfermeiro.

Após o preenchimento dos campos de intervenções, ficam visíveis os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, conforme visualizado na figura a seguir:

The screenshot shows a medical software interface for patient 'Olga da Silva'. It includes sections for 'Sinais Vitais Invasivos' (PAM: 16 mmHg, FVC/PAD: 5 mmHg, PAP, S: 18, M: 13, D: 5, PCFM: 20, DC: 2, IC: 1, PIC: 13, PCP: 3), 'Sinais Vitais Não Invasivos' (PA: 135x80 mmHg, R: 16 bpm, P: 93 bpm, T: 37,3 °C), and 'Oxigenação' (Oximetria: Saturação de O₂ de 90 - 100 %, Capnografia: Capnografia a 35 %). Below these is a 'Prontuário' section with a table of diagnoses and interventions.

| Diagnostico | Intervenção |
|---|--|
| Diagnostico realizado em 29/11/2006 às 14:46:19 | Intervenção realizada em 02/12/2006 às 23:25:55 |
| Diagnósticos | Observações |
| Sistema respiratório comprometido | Avaliar os gases sanguíneos, se presença de hipoxemia |
| Aspiração orotraqueal ineficaz | administrar O ₂ suplementar S/N |
| Troca de gases inadequada | Auscular pulmões quanto a presença de ruídos adventícios (estertores, sibilos e roncos) |
| Perfusão e saturação tissular adequada | Aspirar vias aéreas mediante rigorosa ausculta pulmonar |
| Congestão pulmonar leve | Monitorar e verificar SV de h/h |
| Dependente de ventilação mecânica em volume controlado | Avaliar características da secreção pulmonar (volume, cor, odor, concentração) |
| Dependente de ventilação mecânica em pressão controlada | Avaliar padrão ventilatório na modalidade de ventilação mecânica (sincronismo, alarmes, PEEP, PPI, FIO ₂ , Volume: corrente, condensado nas traquéias, nível das traquéias) |
| <input type="button" value="Preencher"/> | Monitorar e interpretar os valores gasométricos PO ₂ , PH, PCO ₂ , BE, HCO ₃ conforme avaliação do paciente |

Figura 07 – Tela de Diagnósticos e Intervenções

Fonte: Antunes (2006)

Para concluir o processo de enfermagem, o sistema ainda possibilita ao enfermeiro, acessar suas avaliações, seus diagnósticos e as intervenções de enfermagem, que tanto ele quanto sua equipe poderão pôr em prática através de um relatório impresso disposto da seguinte ordem: identificação completa do paciente, sinais vitais invasivos e/ ou não-invasivos, dados subjetivos, fluidoterapia, balanço hidroeletrólítico, de sangue e expansores, bem como, todas as avaliações, diagnósticos e intervenções, incluindo as especiais para pacientes com cateter de artéria pulmonar, balão intraórtico, pós-operatório de cirurgia cardíaca e paciente vítimas de queimaduras graves. Estas informações são reunidas e impressas para posteriormente serem anexadas ao prontuário

do paciente, oportunizando à equipe de enfermagem a visualização de suas ações, acompanhamento e controle do quadro clínico do paciente, além do fornecimento de dados que estimularão a melhoria da pesquisa, ensino, gerência e assistência de enfermagem.

Como mencionado anteriormente, o programa possui um sistema de alerta, o qual pode ser visualizado na tela abaixo:

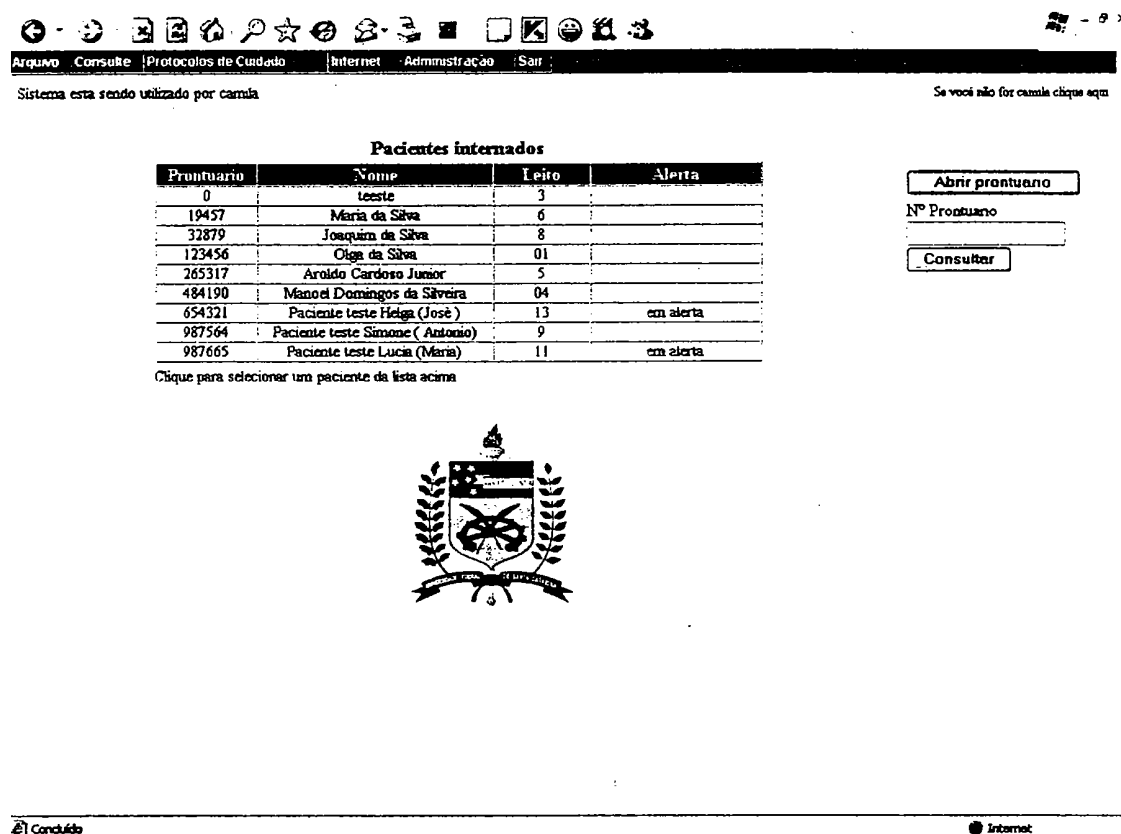


Figura 08 – Tela Sistema de Alerta

Fonte: Antunes (2006)

Ao visualizar esta tela o enfermeiro pode perceber quais os pacientes estão apresentando os disparadores de alerta, ou seja, os pacientes que apresentam o mesmo diagnóstico de enfermagem por mais de três dias, a utilização de drogas vasoativas em doses α (alfa) e β (beta) adrenérgicas e aqueles pacientes com potencial para desenvolver úlcera de decúbito. Para que o enfermeiro saiba qual destes potenciais foi afetado, basta clicar no alerta do referido paciente e automaticamente surge a tela de avaliação inicial.

Um exemplo de tela de alerta para drogas vasoativas segue abaixo:

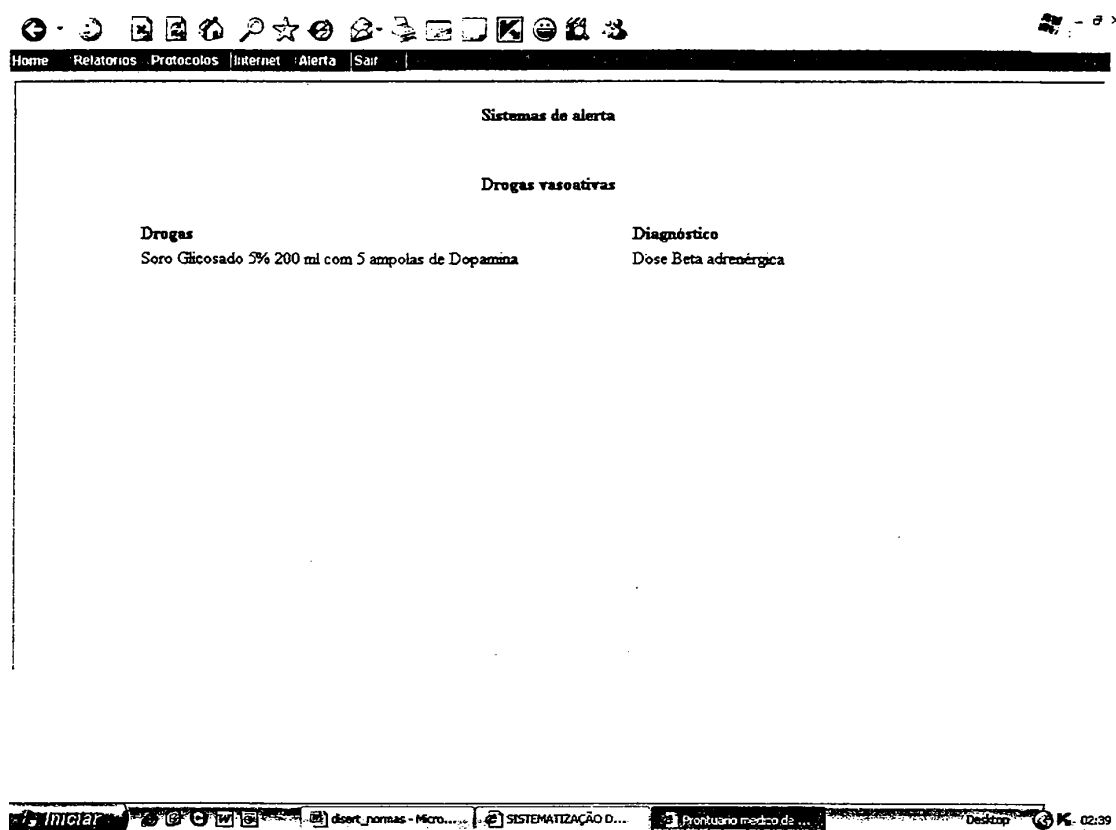


Figura 09 – Tela Alerta para Drogas Vasoativas
Fonte: Antunes (2006)

As telas representadas pelas figuras 10, 11 e 12 demonstram a forma como o processo de enfermagem está disposto nos relatórios de enfermagem.

A figura 10 apresenta a porção inicial do relatório que traz os dados de identificação do paciente, seus sinais vitais invasivos e não-invasivos, além de evidenciar os alertas que o paciente apresenta.

The screenshot shows a web-based medical report interface. At the top, there is a navigation bar with links: Home, Relatórios, Protocolos, Internet, Alerta, and Sair. Below this, patient information is displayed: Prontuário: 123456, Paciente: Olga da Silva, Data nascimento: 22/08/1951, and Situação: internado. The sex is listed as F. The section 'Sinais Vitais' is divided into 'Sinais Vitais Invasivos' and 'Sinais Vitais Não Invasivos'. The invasive section lists PAM: 16 mmHg, PVC/PAD: 5 mmHg, PAP: 18, M: 13, D: 5, PCPM: 20, DC: 2, IC: 1, PIC: 13, and PCP: 3. The non-invasive section lists PA: 135x80 mmHg, R: 16 bpm, P: 93 bpm, and T: 37,3 °C. Below this, there are sections for 'Oxigenação' (Oximetry: Saturation of O₂ de 90 - 100 %) and 'Capnografia' (Capnography: Capnografia a 35 %). The 'Avaliações' section includes 'Use de Drogas Depressoras' (fentanyl), 'Drenagem' (100), and 'Características' (Esverdeado). The interface has a standard web browser look with a toolbar at the top and a status bar at the bottom.

Prontuário: 123456
Paciente: Olga da Silva
Data nascimento: 22/08/1951
Situação: internado
Sexo: F

Sinais Vitais

| Sinais Vitais Invasivos | | Sinais Vitais Não Invasivos | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|------------|
| PAM: 16 mmHg | PVC/PAD: 5 mmHg | PA: 135x80 mmHg | R: 16 bpm |
| PAP: 18 | M: 13 | P: 93 bpm | T: 37,3 °C |
| PCPM: 20 | DC: 2 | | |
| IC: 1 | PIC: 13 | | |
| PCP: 3 | | | |

Oxigenação

| Oximetria | Capnografia |
|---|--------------------|
| Saturação de O ₂ de 90 - 100 % | Capnografia a 35 % |

Avaliações

| Use de Drogas Depressoras | fentanyl |
|---------------------------|-----------------|
| Drenagem | 100 |
| | Características |
| | Esverdeado |

Figura 10 – Tela Relatório Dados
Fonte: Antunes (2006)

Dando sequência ao processo de enfermagem, o enfermeiro visualiza os dados de sua avaliação como demonstra a figura:

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| Tipos de diurese | sonda fowley 2 vias |
| Coloração da Urina | amarelo escuro |
| Presença de Sonda | fowley 2 vias n/ |
| Dor | MMII |
| Calor | FACE |
| Rubor | Ausente |
| Eczantema | ABDOMEN |
| Vesícula | ABDOMEN |
| Mácula | Ausente |
| Equimose | TÓRAX ANTERIOR |
| Abrasamento | TÓRAX ANTERIOR |
| Cicatriz | Presente |
| | Local |
| Calosidades | abdome |
| Cabelo e Couro Cabeludo | presente |
| Feridas | Cabelos |
| Marcha | quebradiços/opacos |
| Postura | presença de secreção |
| Tônus muscular | Dificuldade em ficar em pé |
| Lesões de continuidade | Angulada para o lado |
| Hematomas | Hipotonicidade |
| Ligamentos e tendões | Aberta |
| | abdômen |
| | íntegro |

Concluído Internet

Figura 11 – Tela Relatório Avaliações

Fonte: Antunes (2006)

A tela de relatório dos diagnósticos escolhidos é visualizada da seguinte maneira:

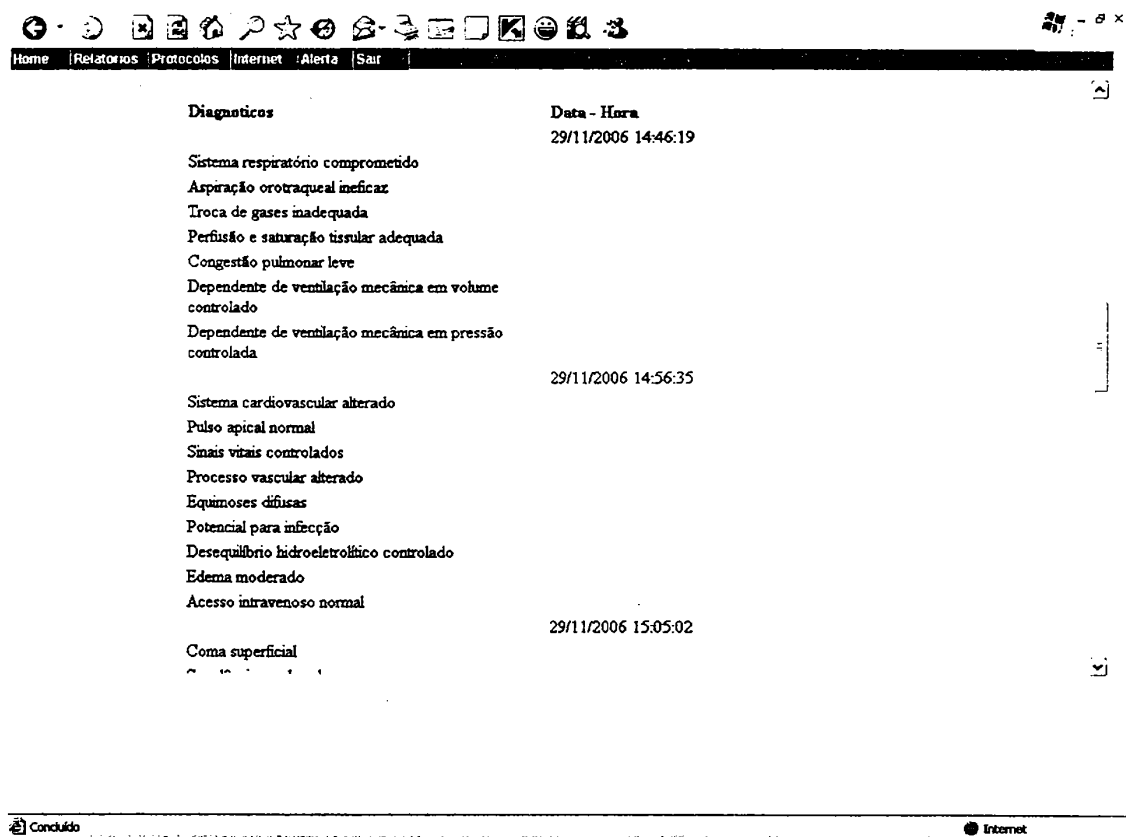


Figura 12 – Tela Relatório Diagnósticos

Fonte: Antunes (2006)

A seguir apresentamos a tela relatório de intervenções que apresenta as intervenções descritas de forma a responder aos diagnósticos selecionados pelo enfermeiro no momento da avaliação.

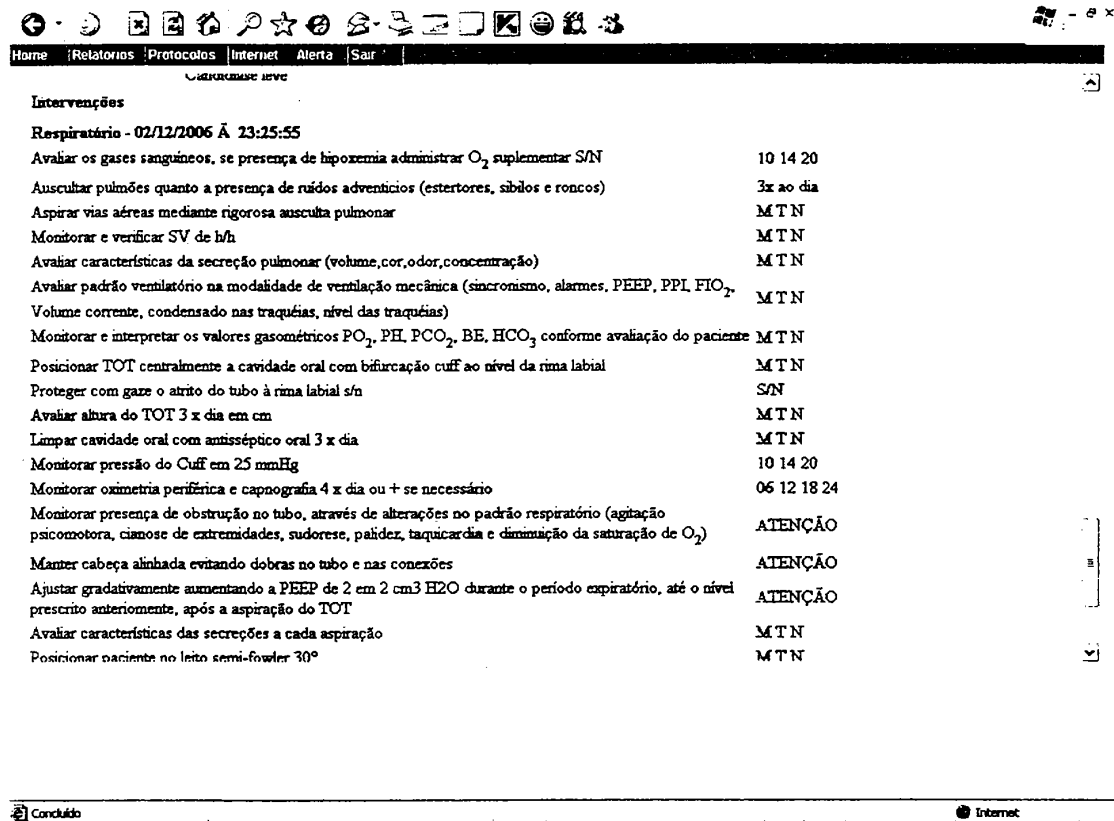


Figura 13 – Tela Relatório Intervenções
Fonte: Antunes (2006)

Avaliação do Sistema:

Diz respeito à aplicação de instrumentos específicos que avaliem os critérios de ergonomia, usabilidade e conteúdo de um sistema.

O instrumento de avaliação se constituiu de dois itens principais: avaliação ergonômica e de usabilidade.

Na avaliação ergonômica utilizaram-se quatro critérios de avaliação: organização (04 itens), interface (04 itens), conteúdo (02 itens) e técnico (04 itens). Estes itens foram distribuídos em uma escala de valores com as seguintes categorias de respostas: (5) Excelente, (4) Muito bom, (3) Bom, (2) Regular, (1) Ruim.

Mediante instrumento específico de avaliação, os avaliadores do sistema consideraram todos os critérios como sendo MUITO BOM.

Na avaliação de usabilidade utilizou-se uma escala de valores constituída de cinco possibilidades de respostas com seus respectivos escores: (5) Concordo Totalmente, (4) Concordo, (3) Não Concordo, (2) Discordo Totalmente, (1) Não Aplicável.

Em avaliação, foi observado que a média geral atribuída pelos avaliadores foi de 3,89 atribuindo ao aspecto usabilidade o conceito de NÃO CONCORDO.

Ao refletir sobre estes aspectos e acompanhar o processo de avaliação, Antunes (2006) considerou a seguinte realidade:

“o sistema encontra-se em desenvolvimento e, portanto não possui ajuda ao usuário até o momento e não pode ser adquirido para utilização pública; embora a proposta do sistema seja modular, a estrutura de programação foi protegida, respeitando os aspectos legais de produção e registro de software de acordo com o INPI (Instituto Nacional de Propriedade Industrial, 2006) o sistema possui salvamento automático, entretanto não foi percebido pelos avaliadores e, em duas situações houve perda total dos dados registrados necessitando registrá-los novamente; o sistema não aceita realmente dados inexistentes, entretanto, isto também não foi percebido pelos avaliadores pois não foram registrados dados incorretos em relação as regras estabelecidas para o sistema e, por fim observa-se que a maioria dos enfermeiros tem dificuldade em conhecer os recursos de informática” (ANTUNES, 2006, p. 95).

● **Apresentaremos a seguir como o processo de enfermagem informatizado foi implementado neste estudo.**

Histórico de Enfermagem:

É a primeira etapa da Metodologia de Assistência. A realização do histórico de enfermagem configura o início do relacionamento com o ser humano e sua família e tem por finalidade buscar conhecer e obter informações que permitam o seguimento deste processo.

Para Felisbino (1994, p. 33), “o histórico de enfermagem constitui-se de um levantamento de dados a respeito do cliente que tornam possível o desenvolvimento de todas as outras fases do processo de enfermagem”.

A realização do histórico de enfermagem é de responsabilidade do enfermeiro, devendo este, realizá-lo logo que o paciente é admitido na unidade de internação.

O levantamento de dados deve ter como guia um roteiro organizado de questões que possibilitem ao enfermeiro identificar os problemas de enfermagem do paciente assistido. Este roteiro deve ser claro e preciso; conciso e sem repetições, fornecendo a obtenção de informações que permitam programação de cuidados imediatos.

Os dados do histórico de enfermagem podem ser obtidos de variadas formas: observação, entrevista – com os pacientes ou familiares -, exame físico, prontuário ou pela equipe de saúde. Em UTI, a observação e a realização do exame físico são de suma importância, pois devido ao elevado grau de comprometimento dos pacientes a entrevista, geralmente, é realizada com seus familiares.

Para a realização do histórico de enfermagem em nossa prática assistencial utilizamos um instrumento de coleta de dados, testado previamente em 1999, 2000, 2002 por Dal Sasso em estudos relacionados com a Metodologia da assistência de enfermagem em terapia intensiva e no ano de 2006 por Antunes, visto que a CIPE® Versão 1.0 não possui o histórico de enfermagem definido.

Este instrumento baseia-se na avaliação de oito sistemas, sendo estes: cardiovascular, respiratório, neurológico, renal, reprodutivo, gastrointestinal, músculo-esquelético e intergumentar. A descrição completa do instrumento segue em anexo. (ANEXO 01).

Diagnóstico de Enfermagem

“Designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenômeno que representa um foco das intervenções de enfermagem” (CIPE® Versão Beta 2, 1999, p. XV).

Trata-se da análise dos dados do histórico de enfermagem, pela qual são identificadas as situações de assistência que darão fundamento para a elaboração da prescrição de enfermagem.

Para formulação de diagnósticos de enfermagem utilizamos em nossa prática assistencial a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 1.0. (ANEXO 02)

Intervenções de Enfermagem

“Ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem” (CIPE® Versão Beta 2, 1999, p. XIX).

Esta etapa se caracteriza pelo planejamento da assistência a ser prestada, tendo sempre em mente o ser humano a ser assistido e as situações de assistência de enfermagem levantadas nas etapas anteriores.

É recomendado ao enfermeiro que ao prescrever as intervenções de enfermagem priorize as necessidades do paciente, escreva de forma clara, objetiva, detalhada e com linguagem acessível. É aconselhado que empregue verbos no tempo infinitivo, redigindo a intervenção como um objetivo operacional que traduza a ação de enfermagem a ser desenvolvida.

O registro das intervenções deve ser realizado em impresso próprio, contendo data e hora para a execução das mesmas.

A primeira seqüência de intervenções é elaborada logo após a realização do histórico e diagnóstico de enfermagem, e as demais são obtidas após a avaliação diária do paciente, ou seja, realização da evolução.

Para formulação de intervenções de enfermagem utilizamos em nossa prática assistencial a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 1.0. (ANEXO 03)

Resultados de Enfermagem

Entendemos o Resultado de Enfermagem da CIPE® Versão 1.0 como sendo a evolução de enfermagem.

Segundo Carraro (2001), esta etapa é desenvolvida de forma dinâmica, interligada e contínua, e envolve a observação e comparação de informações, com o intuito de avaliar a evolução do paciente no processo saúde-doença. Trata-se de um relato diário do estado do paciente.

É por meio da evolução de enfermagem que o enfermeiro avalia diariamente a condição de saúde do paciente, o resultado das intervenções realizadas e a necessidade ou não de novas intervenções.

5. METODOLOGIA

5.1. Características do Local

Esta Prática Assistencial foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Professor Polydoro Hernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

De acordo com as informações coletadas no *site* da Instituição, sob o domínio <http://www.hu.ufsc.br>, as obras de construção do Hospital Universitário iniciaram-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornou realidade após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração, em maio de 1980. O referido hospital foi concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade local, do estado de Santa Catarina, turistas e visitantes de Florianópolis, sem distinção. É o único hospital totalmente público do estado de Santa Catarina, sendo mantido pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC, responsável pela parte de ensino e pesquisa, e também pelo Ministério da Saúde – MS, que custeia a assistência.

Sua organização gerencial é composta por: Direção Geral (DG), Diretoria de Enfermagem (DE), Direção Administrativa (DA), Direção de Medicina (DM), Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), conforme Anexo 04.

A Direção de Enfermagem possui algumas instâncias de deliberação, sendo estas: Assembléia Geral, Conselho Administrativo, Colegiado das Chefias e Diretoria. Ainda possui alguns órgãos de assessoria, como o Centro de Ensino e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) que com o intuito de homogeneizar as ações educativas entre os diversos serviços de enfermagem, encaminha orientações/ esclarecimentos sobre os programas desenvolvidos (Programa de Orientação, Programa de Treinamento e Programa de Atualização) visando a inclusão, capacitação, aperfeiçoamento e a ampliação dos conhecimentos, possibilitando assim, manter os padrões de qualidade do desempenho profissional, e a Comissão Permanente de Materiais para Assistência (CPMA) que tem por finalidade coordenar o processo de planejamento, organização e controle de materiais de assistência adequado às necessidades dos serviços.

O Hospital Universitário tem em sua estrutura 268 leitos distribuídos em algumas áreas de internação: Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria, Neonatologia, Clínica

Médica, Clínica Cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva. Dispõe ainda de Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Esterilização de Materiais, Unidade de Tratamento Dialítico, Central de Incentivo ao Aleitamento Materno, Laboratório de Análises Clínicas, Farmácia, Lavanderia e Serviço de Nutrição e Dietética. Para o atendimento externo à população oferece: serviço de Emergência Adulto e Infantil, Serviço Ambulatorial e Central de Informações Toxicológicas, dentre outros.

A Unidade de Terapia Intensiva do HU foi inaugurada em março de 1983, sendo reformada em 1997, conforme as normas do Ministério da Saúde. Está situada no quarto andar, próximo ao Centro Cirúrgico e Clínicas Cirúrgicas I e II. Sua estrutura física é composta de sete leitos, sendo um destes o leito de isolamento, o qual é separado dos demais, em quarto fechado, dotado de painel de vidro para facilitar a observação. Os outros seis leitos estão distribuídos em sala ampla, separados por boxes, o que proporciona de certa forma privacidade aos pacientes. A entrada dos boxes permanece aberta, facilitando com isso a visualização dos pacientes e o acesso dos funcionários ao mesmo. A Unidade possui ainda: posto de enfermagem; sala de estocagem de material e equipamentos; rouparia; sala de lavagem mecânica, limpeza química e expurgo; vestiário feminino e masculino contendo sanitários e chuveiros; sala de reuniões e estudos; sala de chefia médica; quarto de repouso médico, quarto de repouso de enfermagem; copa e sala para lanches. A planta física desta unidade encontra-se no Anexo 05.

É caracterizada como UTI geral e atende em sua maioria pacientes adultos. Os pacientes internados nesta UTI podem ser procedentes do Centro Cirúrgico, Emergência, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, demais unidades de internação, outros hospitais, tanto de Florianópolis, quanto dos demais municípios. A saída dos pacientes pode ocorrer de três maneiras: alta hospitalar, transferência interna ou externa e óbito.

As atividades nesta unidade são desempenhadas por uma equipe multiprofissional, composta por: 10 Médicos Intensivistas; 08 Enfermeiros, sendo que um destes desempenha a função gerencial da unidade; 22 Técnicos de Enfermagem; 09 Auxiliares de Enfermagem; 02 Fisioterapeutas; 02 Escriturários (01 funcionário em desvio de função e 01 bolsista). Também prestam assistência nesta unidade: 01 Nutricionista e 01 Assistente Social, os quais atendem todas as unidades do hospital.

A carga horária semanal da enfermagem é de 40 horas, mas existe um acordo entre a Diretoria de Enfermagem e os profissionais desta área, que estabelece uma carga horária que varia entre 30 e 36 horas semanais. Os profissionais do período diurno

trabalham 06 horas diárias (Matutino das 07h às 13h - Vespertino das 13h às 19h), os funcionários do período noturno trabalham 12 horas diárias (19h às 07h) sendo os dias de trabalho intercalados com folgas de 60 horas.

A assistência de enfermagem é prestada de forma integral, ou seja, cada técnico de enfermagem é responsável por no máximo 02 pacientes, e a cada turno um destes é designado a zelar pela manutenção e organização dos materiais da unidade conforme escala mensal de serviços. A passagem de plantão é realizada sempre no início de cada turno de trabalho e toda a equipe de enfermagem, na medida do possível, deve participar.

A Unidade de Terapia Intensiva possui horários pré-estabelecidos para visita de familiares e amigos aos pacientes internados. De segunda a sexta-feira: Período Matutino – 11:00h às 11:30h; Período Vespertino – 14:30h às 15:30h; Período Noturno – 20:30h às 21:00h. Aos sábados, domingos e feriados – 14:00h às 15:30h e das 20:30h às 21:00h. Vale lembrar que este horário pode ser flexibilizado dependendo do estado do paciente e necessidade de seus familiares. É permitida a entrada de apenas um visitante por vez a cada paciente e o tempo de permanência de cada visitante fica a critério da família. As informações a cerca do estado de saúde do paciente são fornecidas pelo médico intensivista no período vespertino, após o horário de visita. O fornecimento de informações, sobre o estado de saúde do paciente, via ligação telefônica é evitado, salvo aos familiares que residem em outro município, àqueles sem condições de deslocamento e por necessidade da família.

5.2. População Alvo

O público alvo: o paciente em situação crítica de saúde internado em UTI e os enfermeiros da unidade.

5.3. Aspectos Éticos da Prática de Enfermagem

“A ética ou filosofia moral é um ramo da filosofia prática que tem como propósito refletir sobre o agir humano e suas finalidades, estudando os conflitos entre aquilo que podemos considerar como moralmente correto e aquilo que não pode ser assim considerado” (BUB, 2001, p. 70).

Conforme Smeltzer & Bare (2000, p. 45), ética é “o estudo filosófico da moralidade, em que alguém apóia, na teoria formal, regras, princípios ou códigos de conduta para determinar o curso certo da ação”.

Para Schimitz, Klauck e Vieira (2004, p. 30), “a bioética é a ética aplicada às ciências da vida e da saúde. Constituem-se nos desafios e impactos provocados cotidianamente pela tecnologia na nossa vida e na nossa saúde”. Trata-se de uma busca das condições necessárias para uma administração responsável da vida humana e da pessoa. A bioética baseia-se nos seguintes princípios: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

O comportamento ético de um profissional passa por um processo de construção de uma consciência individual e coletiva, relacionada à responsabilidade das relações de trabalho. Nos serviços de saúde, que se configura em uma complexa área de práticas, acontecem trocas de experiências, construção de saberes, conflitos de valores, entre outros. Para isto, cada profissão possui seu Código de Ética, que serve como guia de comportamentos e conhecimentos que norteiam a prática desses profissionais.

O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem é regulamentado pela resolução N° 311 de 08 de fevereiro de 2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

“A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político”. (RESOLUÇÃO COFEN N° 311/2007)

Deve-se levar sempre em consideração os aspectos éticos no desenvolvimento de atividades que visem o cuidado pela Enfermagem, respeitando a decisão de escolha do paciente e sua família de participar ou não do cuidado planejado.

É importante considerarmos a relevância da ética no se refere ao respaldo que ela oferece para o profissional e para o paciente. Desta forma, buscamos assegurar para ambos, o respeito, a dignidade, o conhecimento, o compromisso e o anonimato.

No desenvolvimento de nossa prática assistencial utilizamos um termo de consentimento livre e esclarecido, fornecido aos enfermeiros, contendo informações completas dos objetivos, benefícios, garantia do sigilo e anonimato, do respeito à privacidade e intimidade, e sua liberdade em participar ou abdicar de sua participação no momento em que desejasse. O termo de consentimento livre e esclarecido segue no Apêndice A.

5.4. Planejamento das Ações

Com a finalidade de alcançar os objetivos específicos propostos neste trabalho foram estabelecidas algumas estratégias, tais como:

Objetivo 01

Aprofundar o conhecimento teórico em relação ao cuidado de Enfermagem a pacientes internados em UTI geral.

Estratégias:

1. Realizar revisão bibliográfica referente ao desenvolvimento de assistência ao paciente crítico.
2. Participar de eventos científicos que envolvam temas relacionados ao cuidado do paciente em Terapia Intensiva.
3. Participar das aulas teóricas da disciplina *Cuidado de Enfermagem ao Indivíduo Adulto em Condição Crítica de Saúde* – NFR 5165 da VII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem/ UFSC.

Objetivo 02

Aprofundar o conhecimento sobre o referencial teórico da CIPE® Versão 1.0.

Estratégias:

1. Realizar revisão de literatura sobre a CIPE® Versão 1.0.
2. Buscar trabalhos que utilizaram ou abordaram o referencial teórico da CIPE.
3. Participar de encontros de discussão sobre a CIPE® Versão 1.0.

Objetivo 03

Prestar a assistência de Enfermagem aos pacientes internados na UTI utilizando a CIPE® Versão 1.0.

Estratégias:

1. Aplicar os conhecimentos adquiridos na assistência de enfermagem.
2. Utilizar a CIPE[®] Versão 1.0 em um sistema informatizado no mínimo em 10 pacientes.
3. Estimular os enfermeiros da UTI para a utilização do sistema informatizado.
4. Executar as atividades assistenciais, livre de riscos, considerando a prioridade determinada pela situação de saúde do paciente.

Objetivo 04

Avaliar o processo de Enfermagem informatizado via WEB mediante instrumento de validação.

Estratégias:

1. Criar um instrumento para avaliar o sistema de processo de enfermagem informatizado proposto por Dal Sasso e Antunes (2006).
2. Refletir sobre as dificuldades e facilidades encontradas com a utilização do sistema.

Objetivo 05

Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas gerais e específicas de enfermagem no cuidado ao paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva.

Estratégias:

1. Executar procedimentos gerais de enfermagem e específicos do enfermeiro em UTI.
2. Observar e Auxiliar na realização de procedimentos específicos como: colocação de cateteres, extubação, traqueostomia, montagem de ventiladores e instalação de equipamentos em geral.
3. Aprimorar o conhecimento teórico-científico sobre a execução de técnicas e a utilização de equipamentos em terapia intensiva através de revisão de literatura.
4. Conhecer o funcionamento dos equipamentos mais utilizados na unidade - monitores, ventiladores mecânicos, pressão arterial média – PAM, pressão

venosa profunda – PVC, Pressão Intracraniana – PIC, Derivação Ventricular Externa – DVE, e cateter de *Swan-Ganz*.

Objetivo 06

Desenvolver habilidades administrativas em UTI.

Estratégias:

1. Conhecer normas e rotinas da unidade;
2. Participar da passagem de plantão;
3. Interagir com toda a equipe multidisciplinar;
4. Participar de reuniões administrativas e técnicas com as supervisoras e equipe de enfermagem;
5. Observar e contribuir com as atividades administrativas realizadas pela enfermeira chefe de enfermagem na UTI.

Objetivo 07

Avaliar a experiência vivenciada de acordo com os objetivos propostos.

Estratégias:

1. Criar um diário de campo individual onde descreveremos as atividades realizadas durante a prática assistencial em UTI.
2. Refletir sobre o crescimento pessoal e profissional adquiridos com a implementação deste projeto.
3. Depoimento da equipe, paciente e família.

PARTE II

IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Neste capítulo descreveremos como os objetivos propostos foram desenvolvidos e avaliados durante nossa prática assistencial na Unidade de Terapia Intensiva.

1. OBJETIVO 01

Aprofundar o conhecimento teórico em relação ao cuidado de Enfermagem a pacientes internados em UTI geral

1.1. Realizar Revisão Bibliográfica

Com o intuito de obtermos uma maior segurança na assistência aos pacientes críticos, realizamos uma revisão bibliográfica buscando nosso material das aulas da disciplina Intercorrências Cirúrgicas e de Urgência, da VI unidade curricular do curso de Graduação, pesquisando em banco de dados assuntos referentes à UTI e procurando em livros como *Conduas no Paciente Grave*, *Terapia Intensiva: Enfermagem*, um aprofundamento nas temáticas: assistência de enfermagem à pessoa com arritmias cardíacas, infarto agudo de miocárdio, noções de gasometria arterial, assistência de enfermagem à pessoa com insuficiência respiratória aguda, assistência de enfermagem a pessoa em parada cardiorespiratória, assistência de enfermagem à pessoa com trauma torácico e drenagem de tórax, assistência de enfermagem à pessoa com suporte nutricional, monitorização hemodinâmica invasiva (leitura e interpretação), assistência de enfermagem à pessoa com choque, assistência de enfermagem ao grande queimado, assistência de enfermagem à família, entre outros.

1.2. Participar de Eventos Científicos

Participamos do “II Simpósio de Enfermeiros de Terapia Intensiva” da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, realizado nos dias 04 e 05 de maio do ano de 2007, na qualidade de ouvintes com carga horária de 20 horas.

Com esta participação pudemos somar aos nossos conhecimentos as seguintes temáticas:

Índices Utilizados em UTI

- Aplicação do TISS e do NAS na Assistência de Enfermagem

- Score APACHE II e SAPS
- 📖 Sedação e Analgesia no Paciente Crítico
- 📖 Equipe Multiprofissional X Recursos Tecnológicos
 - No Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem
 - Na Assistência aos Pacientes Submetidos à Ventilação Mecânica
 - Na Atuação do Residente Médico na UTI
- 📖 As mais Pedidas do “I Simpósio de Enfermeiros em Terapia Intensiva”
 - Peculiaridades da UTI Pediátrica
 - Métodos Dialíticos em Terapia Intensiva
 - Assistência de Enfermagem ao Paciente no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca com Evolução Complicada.
- 📖 Qualidade com Poucos Recursos
- 📖 Despertar Científico do Enfermeiro de Terapia Intensiva
 - Diversidade da Pesquisa em UTI
 - Educação Continuada em UTI
- 📖 Humanização na Captação de Órgãos

A participação neste evento nos proporcionou ainda uma visita à Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Isabel da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, no dia 05 de maio do ano de 2007, com duração aproximada de 02 (duas) horas.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é a mais antiga instituição assistencial e hospitalar em funcionamento na cidade. Conta com seis hospitais, um colégio e uma faculdade de medicina, sendo estes: Hospital Central, Hospital Santa Isabel, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, Hospital São Luiz Gonzaga, Hospital Geriátrico Vicentina Aranha, Colégio São José e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.



Figura 01
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Fonte: <http://www.hsi.org.br>

O Hospital Santa Isabel foi inaugurado em 1972 e está localizado no mesmo quadrilátero em que está o Hospital Central. Trata-se de um hospital moderno que presta atendimento a pacientes particulares e conveniados.

A Unidade de Terapia Intensiva deste hospital é composta por 21 (vinte e um) leitos, onde 11 (onze) são destinados a pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS e 10 (dez) a pacientes conveniados ou particulares.



Figura 02

Disposição dos Leitos – UTI

Fonte: <http://www.hsi.org.br>



Figura 03

Posto de Enfermagem – UTI

Fonte: <http://www.hsi.org.br>

A Unidade dispõe de estrutura moderna e eficiente, e de recursos tecnológicos de última geração, um dos exemplos é o Laboratório Clínico instalado dentro da própria UTI. Tem como propósito promover um ambiente agradável que proporcione ao paciente, melhores condições de bem-estar, respeitando a integridade física, mental e ainda favorecendo aos familiares a proximidade com o paciente.

Participar do “II Simpósio de Enfermeiros de Terapia Intensiva” da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e visitar a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Isabel foi para nós, acadêmicas, um momento de grande aprendizado teórico-científico que nos proporcionou conhecer uma nova realidade.

No dia 26 de maio de 2007 participamos do Curso intitulado: Controle de Infecção Hospitalar, promovido pelo CEPEN/ UFSC, com duração de 03 (três) horas, na qualidade de ouvintes. A participação neste curso nos proporcionou atualização sobre diversos assuntos relevantes para terapia intensiva, tais como: manejo de materiais, lavagem das mãos, cuidados com drenos e diversos dispositivos.

Por fim, participamos da 6ª SEPEX – Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC – nos dias 16 a 19 de maio de 2007, apresentando o trabalho intitulado: Sistematização da Assistência Informatizada ao Paciente Crítico Utilizando a CIPE® Versão 1.0, na sessão pôster.

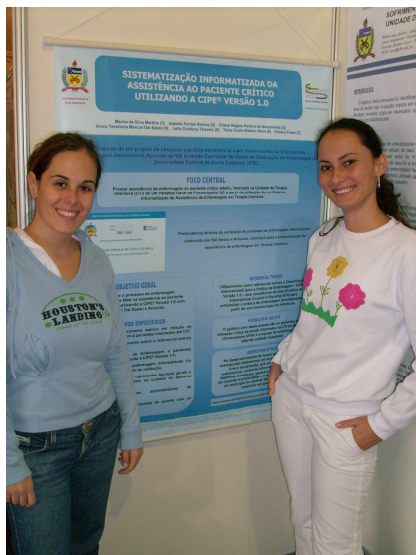


Figura 04

Acadêmicas Isabella e Marisa expondo seu pôster na 6ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC – SEPEX

Fonte: Arquivo fotográfico das acadêmicas.

Os certificados de participação no “II Simpósio de Enfermeiros de Terapia Intensiva”, da Visita à Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Isabel e da participação no Curso sobre O Controle de Infecção Hospitalar encontram-se nos anexos 06, 07, 08, respectivamente.

1.3. Participar das aulas teóricas da disciplina: cuidado de enfermagem ao indivíduo adulto em condição crítica de saúde

Antes mesmo de iniciarmos nossa prática assistencial na Unidade de Terapia Intensiva, participamos de algumas aulas teóricas da Disciplina Cuidado de Enfermagem ao Indivíduo em Condição Crítica de Saúde – NFR 5165 da VII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem/ UFSC.

Com isso tivemos a possibilidade de relembrar alguns assuntos essenciais para a prática de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação

Percebemos que com a realização de revisão bibliográfica, somada à participação nos eventos científicos acima citados, e nas aulas teóricas da Disciplina Cuidado de Enfermagem ao Indivíduo em Condição Crítica de Saúde, nosso conhecimento relacionado à Terapia Intensiva, em especial ao cuidado de enfermagem ao paciente em condição crítica, ampliou-se. Portanto consideramos o objetivo alcançado.

2. OBJETIVO 02

Aprofundar o conhecimento sobre o referencial teórico da CIPE®

2.1. Realizar revisão de literatura sobre a CIPE® Versão 1.0

Com o intuito de obtermos melhor conhecimento sobre o referencial teórico escolhido para orientar nossa prática assistencial, buscamos ler o manual da CIPE® Versão 1.0, e seu antecessor, manual da CIPE® Versão Beta 2. Durante alguns momentos já em campo de estágio surgiram dúvidas com relação a tal referencial, como definições de diagnóstico e intervenção para a CIPE e o fato de que no hospital em que realizamos nosso trabalho, utilizam-se na metodologia de assistência, os diagnósticos da NANDA, entretanto conseguimos elucidá-las com as leituras acima citadas.

2.2. Buscar trabalhos que utilizaram ou abordaram o referencial da CIPE®

Realizamos a leitura de trabalhos de conclusão de curso de enfermagem que utilizaram um sistema informatizado em UTI para a sistematização da assistência como os de Silva e Rodrigues (2003) e o de Schmitz, Klauck e Vieira (2004) que não implementaram este referencial porém o abordaram no estudo e a dissertação de mestrado de Antunes (2006), que utilizou a CIPE® Versão 1.0 como referencial teórico o que nos possibilitou uma melhor compreensão para a sua implementação.

2.3. Participar de encontros de discussão sobre a CIPE® Versão 1.0

Esta estratégia não foi possível de ser realizada, pois não tomamos conhecimento sobre nenhum encontro de discussão sobre a CIPE® Versão 1.0.

Avaliação:

Este objetivo foi alcançado parcialmente, pois apesar de termos ampliado nosso conhecimento sobre o referencial teórico da CIPE® Versão 1.0, não pudemos participar de encontros de discussão.

3. OBJETIVO 03

***Prestar a assistência de Enfermagem aos pacientes internados na UTI utilizando a
CIPE® Versão 1.0***

3.1. Aplicar os conhecimentos adquiridos na assistência de enfermagem

No decorrer deste estudo, conseguimos pôr em prática grande parte dos conhecimentos adquiridos no Curso de Graduação em Enfermagem. Realizar o estágio de conclusão de curso em uma UTI ofereceu esta oportunidade a nós, pois esta unidade reúne em uma pequena área física, os mais variados casos clínicos, procedimentos e manejo de equipamentos. O propósito de aplicar os conhecimentos adquiridos na assistência de enfermagem nos fez perceber que aprendemos muito nesses quatro anos de academia, mas que ainda temos muito a aprender durante toda nossa vida profissional.

3.2. Utilizar a CIPE® Versão 1.0 em um sistema informatizado no mínimo em 10 pacientes

Em nosso projeto de prática assistencial tínhamos como propósito utilizar o sistema informatizado via Web na avaliação de no mínimo 10 pacientes internados na unidade. Mas, em função da baixa rotatividade dos pacientes lá internados, unido a fatores como a curta duração do estágio e dificuldades na disponibilidade da utilização do sistema, conseguimos aplicá-lo em apenas 07 pacientes. Um dos processos informatizados que realizamos está Apêndice B.

No desenvolvimento deste estudo nos deparamos com as mais diversas situações saúde-doença que acometem os seres humanos. Tivemos contato com diferentes pacientes e seus familiares, todos com alguma peculiaridade. Sobre estes, gostaríamos de relatar uma pequena parcela de sua história de internação na unidade de terapia intensiva, da qual participamos ativamente.

C. A. J., sexo feminino, 57 anos, branca, casada, possui três filhas. Natural de Capinzal e proveniente de Lages/ SC. Internou na UTI dia 30/04/07, segunda-feira, proveniente da Clínica Cirúrgica II por apresentar 77% do corpo queimado decorrente de um acidente com uma caldeira de sabão.

Nos seus primeiros dias de internação manteve-se acordada, contactuante e poliqueixosa. Recebendo altas doses de opióides, as quais não eram suficientes para conter sua dor. Em conseqüência, a equipe médica optou por intubá-la.

Tivemos a oportunidade de realizar seu curativo e de encaminhá-la ao Centro Cirúrgico para debridamento das lesões e realização de curativo com as devidas condições assépticas.

Com o passar dos dias, evoluiu com piora do quadro clínico, desenvolvendo septemia. Decorridos aproximadamente 30 dias de internação, esta paciente veio a falecer.

Assistir um paciente grande queimado nos fez repensar sobre nossos próprios valores. Foi a tarefa mais difícil de realizarmos durante toda nossa prática assistencial.

N. S. T., sexo masculino, 58 anos, casado, possui dois filhos. Natural e procedente de Florianópolis/ SC. Internou dia 04/06/07, segunda-feira, proveniente da unidade de Emergência em decorrência de um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Durante o atendimento na Emergência recebeu Estreptoquinase na tentativa de revascularização da área atingida pelo infarto. Chegou à Unidade de Terapia Intensiva lúcido, orientado e contactuante por volta das 12:00h. Evoluiu com queda do nível de consciência, alteração dos sinais vitais e dois episódios de enterorragia durante a tarde, fato este que instigou o intensivista a solicitar uma endoscopia digestiva, comprovando intenso sangramento em todo trato gastrointestinal. Aproximadamente às 20:45h este paciente foi a óbito após uma parada cardiorespiratória. Nosso contato com ele foi rápido, mas extremamente marcante, pois acreditávamos que este paciente tinha um bom prognóstico.

E. P., sexo masculino, 63 anos, branco, viúvo, cinco filhos. Natural e procedente de Biguaçu/ SC. Internou na UTI dia 23/03/07 proveniente do Centro Cirúrgico onde realizou cirurgia para reparo de fratura de fêmur. Esta foi sua 6ª internação na UTI deste hospital num período de quatro meses. Durante sua permanência na unidade evoluiu com insuficiência respiratória, pneumonia e infecção por *enterobacter*. Foi necessário para o seu tratamento e conforto, suporte ventilatório assistido, sendo posteriormente traqueostomizado. Durante todo período de internação, este paciente recebeu poucas visitas, o que comovia a equipe de enfermagem, tratando-o como um ente-querido. Vários foram os momentos em que percebemos a demonstração de carinho para com ele. E. P. evoluiu com melhora do quadro respiratório e recebeu alta da UTI para uma das clínicas médicas do HU, onde permaneceu até o término de nossa prática assistencial.

Os diagnósticos e intervenções mais utilizados durante as avaliações dos pacientes no referido sistema estão nos anexos 09 e 10 respectivamente.

3.3. Estimular os enfermeiros da UTI para a utilização do sistema informatizado

Apresentamos o sistema informatizado de assistência proposto por Dal Sasso e Antunes (2006) aos enfermeiros que tivemos contato direto em campo de estágio.

Encontramos certa resistência por partes dos mesmos em utilizar o sistema, mas de alguma forma buscamos estimulá-los para que conhecessem o programa e tentassem utilizá-lo como forma de metodologia de assistência. A maneira como realizamos este objetivo foi explicando como funciona o sistema, sentando frente ao computador para demonstrá-lo e conversando sobre a CIPE. O motivo pelo qual alegaram a resistência na utilização do sistema foram: outras atribuições a fazer (principalmente quando encontravam-se como únicos enfermeiros da unidade); o número de informações exigidas pelo sistema para uma avaliação completa do paciente; a existência de alguns problemas operacionais ainda não ajustados; e, ter apenas um computador (utilizado por toda a equipe multiprofissional) com acesso à Internet.

3.4. Executar as atividades assistenciais, livre de riscos, considerando a prioridade determinada pela situação de saúde do paciente

Baseadas em nossos conhecimentos teórico-científicos realizamos, durante todo o período de prática assistencial, o cuidado direto e indireto aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, atentando para as prioridades exigidas pela situação saúde-doença desses pacientes. Consideramos que estes cuidados não produziram riscos aos mesmos, pois em todos os momentos levamos em consideração os princípios bioéticos de nossa profissão, não somente com os pacientes, mas também com toda a equipe multiprofissional da unidade.

Avaliação:

Este objetivo foi alcançado na medida em que implementamos a metodologia proposta à 07 pacientes. Fato que se deu por fatores diversos, tais como: atraso no início da utilização do sistema devido fatores externos (programador de informática e treinamento), da escassez de tempo de estágio e a longa permanência de internação dos

pacientes na unidade (não havendo rotatividade suficiente para completar o mínimo de 10 pacientes).

4. OBJETIVO 04

Avaliar o processo de Enfermagem informatizado via WEB mediante instrumento de validação

4.1. Criar um instrumento para avaliar o sistema de processo de enfermagem informatizado proposto por Dal Sasso e Antunes (2006)

A fim de analisarmos os critérios ergonômicos e de usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado em UTI, utilizamos um instrumento elaborado por Dal Sasso e acrescentamos a ele uma pergunta específica sobre a metodologia da assistência. O referido instrumento encontra-se no anexo 11.

4.2. Refletir sobre as dificuldades e facilidades encontradas com a utilização do sistema

Tendo em mãos os instrumentos de avaliação do Processo de Enfermagem Informatizado, respondidos por nós, acadêmicas e por uma enfermeira, refletimos a cerca de sua usabilidade de ergonomia.

Na avaliação ergonômica utilizamos quatro critérios para avaliação: organização, interfase, conteúdo e técnico. Aos itens que compunham esta avaliação foram distribuídos em uma escala de valores, sendo caracterizados da seguinte forma: Ex (excelente [5]), Mb (muito bom [4]), B (bom [3]), RG (regular [2]) e R (ruim [1]).

Organização:

Na avaliação do item sobre a organização e o modo de acesso aos arquivos do sistema houve discordância das três avaliadoras. Cada uma optou por uma resposta na escala de valores – [4], [3] e [2].

Quanto à facilidade de operacionalização, também houve discordância, sendo esta entre os valores [5], [4] e [3].

No que corresponde ao alcance dos objetivos do sistema, a discordância de opiniões permaneceu com os valores [5], [4] e [3].

Interface:

Na avaliação sobre a interface entre o usuário e o programa (aparência das telas), todas a consideraram excelente, fornecendo a pontuação máxima [5].

No item referente à estrutura lógica dos dados (como as informações aparecem a usuário), duas avaliadoras consideraram bom [3] e uma muito bom [4].

Avaliando se a quantidade de informação é suficiente para a assistência de enfermagem (coleta de dados, diagnósticos e intervenções), duas avaliadoras acreditam ser muito bom [4] e uma regular [2].

No que diz respeito ao conforto visual para manuseio do sistema duas consideraram bom [3] e uma regular [2].

Conteúdo:

Todas as avaliadoras consideraram que o sistema possui informações claras, objetivas e atualizadas, somando a este item a pontuação máxima de 5 pontos correspondente na escala à definição excelente.

Referente ao fato do conteúdo estar inter-relacionado e consistente com a área de Terapia Intensiva foi atribuído a este item, por duas avaliadoras, a pontuação [5] e por uma a pontuação [4].

Técnico:

Quanto à estrutura dos dados, ou seja, se os dados no sistema foram organizados permitindo um raciocínio compatível com a prática, para uma foi tida como muito bom [4] e para outras duas, como bom [3].

No que se refere a segurança e privacidade das informações, foi obtida a pontuação excelente [5] por duas avaliadoras, e bom [3] por outra.

Quanto ao funcionamento do sistema, as opiniões convergem para um mesmo valor [2], considerando-o regular.

Avaliando a usabilidade do sistema, utilizamos como parâmetros os seguintes valores: CT (4) Concordo Totalmente, C (3) Concordo, NC (2) Não-Concordo e DT (1) Discordo Totalmente.

Na opção: “o programa roda facilmente na plataforma, sem interferências”, houve consenso entre as avaliadoras, afirmando não concordar com a definição.

Avaliando se as telas do sistema são claras, fáceis de ler e interpretar e se as instruções de apoio ao usuário são claras, organizadas e bem implementadas, duas optaram por concordar e uma por concordar totalmente.

As avaliadoras concordaram totalmente com a afirmação que o usuário é capaz de acessar o sistema/ programa facilmente. O mesmo atribuíram à afirmação: “o *menu* atende todas as funções definidas para os objetivos do sistema”

Quanto à eficiência para o intercâmbio de informações entre o usuário e o programa e correspondente ao tratamento eficiente aos problemas de sua dimensão, todas as avaliadoras concordaram.

No item em que refere que o programa possui um limite de crescimento apropriado às exigências de uso, duas concordam e uma concorda totalmente.

As três avaliadoras concordaram com a seguinte afirmação “o programa permite o manejo eficiente dos dados que utiliza”. Concordam totalmente que as exigências de memória não impedem o programa de rodar.

Sobre a afirmação de que o sistema possui salvamento automático, as avaliadoras preferiram não opinar, pois todas as vezes que utilizaram o sistema, não deixaram de salvar suas avaliações.

Todas as avaliadoras concordaram totalmente que o sistema possui segurança de dados e que o sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido.

Quanto à avaliação do próximo item “o sistema não aceita dados inexistentes” não houve resposta, pois ao utilizarem o sistema, mesmo em teste, não alimentaram-no com dados inexistentes, não considerando-se aptas a avaliar este item. O mesmo aconteceu com as afirmações seguintes: “a conexão e a comunicação entre o módulo fixo e móvel é adequada”, “o sistema permite a recuperação dos dados nos vários módulos” e “o sistema comporta funcionamento em rede de atendimentos”.

No questionamento inerente às exigências de hardware, todas as avaliadoras concordaram totalmente que elas são compatíveis com a realidade.

Quando questionado se o sistema está interligado a um banco de dados, todas concordaram totalmente.

O instrumento de coleta de dados também possui questões abertas. Tais como:

1. Ressalte os aspectos positivos e negativos do sistema que você observou.

Os pontos positivos mencionados foram:

O sistema permite a realização de uma avaliação global do paciente, abordando todos os sistemas, inclusive o biopsicossocial. Segue uma seqüência lógica de avaliação dos pacientes. Utiliza uma linguagem clara e objetiva. É de fácil acesso.

Os pontos negativos apontados foram:

A UTI possui apenas um computador com acesso à internet, o que dificulta a utilização do sistema. Por ser muito completo exige muito tempo para uma avaliação apurada. Abrange pontos que não são utilizados na UTI em estudo. A falta de tempo decorrente das inúmeras atribuições do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. Faltam tópicos que avaliem mais precisamente os grandes queimados, tem em vista que esta unidade freqüentemente recebe pacientes neste estado de saúde.

2. Aponte possíveis soluções aos problemas levantados:

Incluir avaliações, diagnósticos e intervenções de enfermagem referentes ao paciente grande queimado. Realizar uma pesquisa criteriosa, utilizando o sistema em um espaço maior de tempo (onde os pesquisadores sejam os próprios enfermeiros da unidade) e adaptar o conteúdo do sistema ao encontrado nesta pesquisa. Alimentar o sistema via *palm top* à beira do leito.

3. Descreva como você avalia o sistema como ferramenta para a metodologia da assistência em UTI:

Foi considerado pelas avaliadoras como uma ferramenta possível de ser utilizada na metodologia da assistência na referida UTI se realizadas as modificações já sugeridas e outras possíveis que surgirão no decorrer de sua utilização.

Pela CIPE ser formulada com uma linguagem mais simples facilitou sua utilização, já que seus diagnósticos e intervenções são claros e objetivos. O fato da unidade em que desenvolvemos nossa prática assistencial, bem como todo o hospital, utilizar outra metodologia assistencial tornou-se um fator complicador para utilização da CIPE, visto que durante a assistência ao paciente utilizávamos a metodologia da unidade.

























5. OBJETIVO 05

Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas gerais e específicas de enfermagem no cuidado ao paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva

5.1. Executar procedimentos gerais de enfermagem e específicas do enfermeiro em UTI

Em nossa prática assistencial executamos diversos procedimentos gerais de enfermagem e específicos do enfermeiro em terapia intensiva. Dentre os procedimentos realizados estão:

Procedimentos Assistenciais Práticos

-  Verificação de sinais vitais invasivos e não-invasivos;
-  Controle de diurese;
-  Coleta e análise de gasometria arterial e venosa;
-  Instalação de Fluidoterapia;
-  Administração de medicamentos via endovenosa;
-  Administração de drogas vasoativas em bomba de infusão;
-  Troca de equipo de bomba de infusão;
-  Verificação de pressão do cuff;
-  Verificação de níveis glicêmicos;
-  Sondagem nasoenteral;
-  Cateterismo vesical de demora;
-  Administração de medicações endovenosas;
-  Realização de curativos simples e complexos;
-  Leitura das modalidades e parâmetros dos ventiladores mecânicos;
-  Realização de higiene e conforto (banho no leito, auxílio em mudança de decúbito, massagem em região dorsal, higiene íntima, troca de roupas de cama e troca de cadarço de tubo orotraqueal);
-  Instalação de dieta nasoenteral e nasogástrica;
-  Coleta de material para urocultura e parcial de urina;
-  Coleta de sangue em cateter de PAM;
-  Aplicação da escala de coma de Glasgow, escala de Ramsay e avaliação pupilar.
-  Avaliação do traçado cardíaco ao monitor;
-  Realização de exame físico nos pacientes;
-  Interpretação de eletrocardiograma;
-  Preparo do box para admissão de pacientes;
-  Observação e auxílio em tamponamentos;

Procedimentos Assistenciais Administrativos

-  Auxílio na transferência de pacientes para outras unidades de internação;

- 📖 Admissão, evolução e prescrição de enfermagem;
- 📖 Controle de psicotrópicos;
- 📖 Aprazamento de prescrições médicas;
- 📖 Anotações no livro de ocorrências;
- 📖 Observação, auxílio na instalação e leitura de PIA (Pressão Intra-Abdominal);
- 📖 Observação de cardioversão.

5.2. Observar e auxiliar na realização de procedimentos específicos

Em nossa prática assistencial observamos e auxiliamos na realização de procedimentos específicos, entre os quais:

- 📖 Punção venosa central;
- 📖 Colocação de cateter de Swan-Ganz;
- 📖 Extubação;
- 📖 Traqueostomia;
- 📖 Montagem de respiradores;
- 📖 Instalação e leitura de PVC em coluna d'água e em monitor cardíaco;
- 📖 Preparo de material para PAM invasiva, instalação e leitura no monitor;
- 📖 Instalação de monitorização cardíaca.

5.3. Aprimorar o conhecimento teórico-científico sobre a execução de procedimentos e a utilização de equipamentos em terapia intensiva através de revisão de literatura

Buscamos o referido aprimoramento realizando revisão de literatura sobre os diversos procedimentos gerais e específicos no cuidado ao paciente em terapia intensiva e em leitura dos manuais de instruções de utilização dos ventiladores mecânicos, monitores e bombas de infusão existentes na unidade.

5.4. Conhecer o funcionamento dos equipamentos mais utilizados na unidade

Além de realizarmos a leitura dos manuais de instruções de alguns dos equipamentos mais utilizados na unidade de terapia intensiva, manuseamos, sob ensino e supervisão dos enfermeiros, equipamentos como: monitores, ventiladores mecânicos,

bombas de infusão de medicamentos, bombas de infusão de dietas, cateteres de PAM, PVC, PIA e cateter de Swan-Ganz.

Avaliação

Consideramos o objetivo alcançado por constataremos o crescimento de nosso conhecimento teórico-prático e conseqüente segurança na execução de procedimentos gerais e específicos de enfermagem em terapia intensiva.

6. OBJETIVO 06

Desenvolver habilidades administrativas em UTI

6.1. Conhecer as normas e rotinas da unidade

A fim de nos familiarizarmos com a unidade, durante os dois primeiros dias, observamos e questionamos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem quanto às normas e rotinas da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário. Algumas delas descreveremos a seguir:

Admissão na UTI

A admissão na Unidade de Terapia Intensiva é indicada nos casos de viabilidade de recuperação dos pacientes, principalmente aos que necessitam de monitorização contínua e de suporte respiratório através de ventiladores mecânicos. Está indicada ainda, a pacientes em pós-operatório imediato submetidos a intervenções cirúrgicas como gastroplastia, gastrectomia, *by pass*, entre outros.

Os pacientes têm acesso à UTI a partir de quatro locais: Unidade de Emergência, Centro Cirúrgico, Transferência Interna e Transferência Externa. Os pacientes advindos da Unidade de Emergência passam por avaliação do médico intensivista sobre a necessidade ou não de internação na UTI. Quando o paciente provém do Centro Cirúrgico, o enfermeiro do setor entra em contato com o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva 30 minutos antes do término da cirurgia. Os enfermeiros da UTI recebem diariamente o mapa cirúrgico contendo as intervenções cirúrgicas que serão realizadas no dia e seus respectivos horários. Cirurgias que necessitem de internação na Unidade de Terapia Intensiva dependem da disponibilidade de leitos nesta unidade,

portanto devem ser agendadas antecipadamente junto aos médicos intensivistas. Caso não haja esta disponibilidade de vaga, a cirurgia é suspensa. Nos casos de Transferência Interna o procedimento é o mesmo que da admissão via Unidade de Emergência. Já nos casos de Transferência Externa, o médico intensivista da outra instituição solicita a vaga ao médico intensivista da UTI do HU. Aceita a solicitação, o paciente é encaminhado através da Unidade de Emergência diretamente para esta UTI.

Independente da procedência do paciente, o enfermeiro é sempre informado sobre sua admissão e logo providencia o necessário para esta recepção. O box é preparado previamente com os seguintes caracteres: leito hospitalar arrumado; monitor cardíaco com módulos e cabos para monitorização; no mínimo duas bombas de infusão; cinco eletrodos; pacotes de gaze; luvas estéreis para aspiração; sondas de aspiração; manguito; ventilador mecânico montado pelo enfermeiro, previamente testado, conectado ao pulmão artificial e com parâmetros ventilatórios ajustados pelo médico ou fisioterapeuta da UTI; intermediário de oxigênio; intermediário de aspiração; vidro de aspiração limpo; umidificador de oxigênio; solução fisiológica 0,9% 250ml; hidratante; sabão líquido; enxagüante bucal; bolsa, válvula e máscara com reservatório de oxigênio; sistema a vácuo; fluxômetro e impresso de controle de sinais vitais.

Com a chegada do paciente, o médico, o enfermeiro e o auxiliar ou técnico de enfermagem responsável pelo leito, recebem e prestam os primeiros cuidados ao paciente. A equipe de enfermagem que recepciona o paciente transfere-o para o leito, adaptam os soros e medicações em bombas de infusão contínua, posicionam adequadamente os frascos de drenagem (caso o paciente possua), verificam e registram os sinais vitais em impresso próprio. O enfermeiro instala a PAM invasiva (quando presente a punção arterial) ligando-a ao monitor e PVC em coluna d'água (quando solicitado pelo médico).

Após a recepção do paciente na unidade, mediante solicitação de exames, o enfermeiro realiza a coleta de gasometria arterial e informa os serviços de apoio que existem exames a serem realizados, como Laboratório de Análises Clínicas (para coleta de sangue e posterior realização de exames como TAP, TTPA, hemograma, dosagem de eletrólitos e gasometria venosa), Serviço de Radiologia (para realização de Raio-X) e Cardiologia (para realização de eletrocardiograma).

Por fim, o enfermeiro transfere o paciente via sistema informatizado de administração do HU, através do censo, para o leito de destino; Anota no livro de registros dos pacientes o nome do mesmo, sua idade, data e hora de chegada, número do

prontuário, diagnóstico médico e unidade ou hospital de origem; realiza o exame físico do paciente, obtém algumas informações com seus familiares (quando presentes) e em seu prontuário, realizando posteriormente o histórico de enfermagem, admissão na UTI ou o registro na forma de SOAP (a opção por um destes passos da sistematização da assistência varia de enfermeiro para enfermeiro da unidade); prescreve os cuidados de enfermagem necessários; e realiza o aprazamento da prescrição médica e providencia os medicamentos na farmácia. Nos casos de pacientes admitidos via transferência externa, diretamente para a UTI, se faz necessário solicitar que um familiar munido de documento de identificação do paciente providencie a internação, encaminhando-o ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

Alta da UTI

A Alta da Unidade de Terapia Intensiva pode ocorrer de três maneiras: por Transferência Interna (para clínicas médicas, cirúrgicas ou ginecológica do hospital), por Transferência Externa (para outra instituição por encaminhamento realizado pelo médico intensivista) ou por Óbito do paciente.

Quando o paciente recebe alta para a clínica, o enfermeiro da UTI entra em contato por telefone com o enfermeiro da unidade de clínica solicitando um leito e passando as informações sobre o quadro clínico do paciente a ser transferido. Faz a evolução e prescrição de enfermagem do dia; e transfere o paciente, via sistema de movimentação de pacientes, para a unidade de destino. Subseqüentemente o paciente é preparado e em seguida encaminhado, pelo enfermeiro e um ou dois técnicos ou auxiliares de enfermagem, juntamente com seu prontuário, exames e medicações à unidade de destino. Por fim, o enfermeiro solicita a pronta desinfecção terminal do box/leito ao serviço de limpeza; feita a desinfecção, o técnico ou auxiliar de enfermagem responsável pelo leito, segundo a escala, organiza o box/leito; e o enfermeiro registra no sistema a disponibilidade do leito de UTI.

As transferências externas são realizadas nos casos de necessidade de leitos, necessidade de terapêutica específica ou ainda a pedido dos familiares (nos casos de transferência para hospitais particulares). Nestes casos o enfermeiro comunica o familiar sobre a transferência; providencia suporte para o transporte (maleta, medicações acessórias, reanimador manual com oxigênio e reservatório, oxímetro de pulso, solução fisiológica 0,9% 1000ml, entre outros conforme necessidade do paciente); solicita o transporte e preenche a requisição de transporte; encaminha o

paciente juntamente com o relatório de transferência e fotocópias da prescrição médica, prescrição de enfermagem, impresso de controle de sinais vitais, impresso de controle glicêmico, última evolução médica e de enfermagem e exames solicitados pelo médico; Em seguida, o enfermeiro retira o paciente do censo diário informatizado, via sistema e anota no livro de registro de pacientes a data, a hora da transferência e o local de destino do paciente.

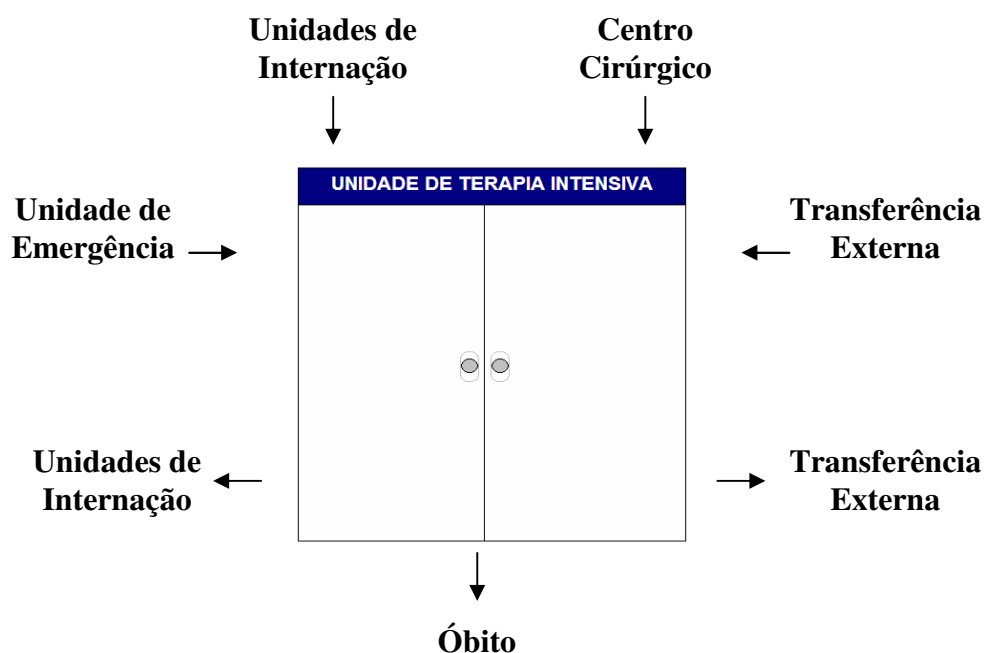
Em caso de óbito, os impressos e atestado de óbito são preenchidos pelo médico intensivista. Existem encaminhamentos e impressos próprios para cada tipo de óbito: óbito com causa conhecida não-violenta, óbito por causa indefinida e óbito por causa agressiva ou violenta.

Nos casos de morte definida o enfermeiro solicita ao médico a confirmação do óbito e o preenchimento da declaração de óbito; solicita que um familiar compareça até o hospital e pessoalmente o notifica sobre o óbito (caso o familiar questione sobre a morte do paciente, e o enfermeiro julgue possível passar a informação via telefone, isto não é proibido). Em seguida, faz uma breve evolução de enfermagem sobre o óbito; preenche o impresso de identificação do cadáver e 02 vias (uma que é colocada no cadáver e uma que fica na porta da conservadora); a equipe de enfermagem prepara o corpo e o encaminha para a conservadora (caso haja indicação de necrópsia o tamponamento não é realizado); ao ligar para a família ou conversar pessoalmente, o enfermeiro solicita uma roupa ou vestimenta para o cadáver e o cartão de identificação do mesmo. Dando seqüência aos encaminhamentos, o enfermeiro entrega os pertences para a família e a declaração de óbito, orientando-os sobre a formalização da saída do corpo do hospital. Orienta os familiares para providenciar uma funerária, conforme a escala de plantão (exceto se houver preferências). Assim que a família traz a roupa, a equipe de enfermagem vai à conservadora e veste e entrega o corpo à família na presença da funerária. Depois, retira o paciente do sistema como “Alta/ Óbito” e destino “Óbito”. Anota no livro de registros de pacientes a data, hora e “destino óbito”. O escriturário carimba “óbito”, anotando o horário e data respectiva, na prescrição médica e de enfermagem, no impresso de controle de sinais vitais, no impresso de controle glicêmico (se houver) e no impresso de lista de problemas médicos. Em seguida, o mesmo, encaminha o prontuário para a Comissão de óbito Hospitalar (COH) e após para o setor de finanças; os exames de raio-x, tomografia computadorizada e ressonância magnética são encaminhados para o Serviço de Prontuário dos Pacientes (SPP).

Em casos de morte por causa indefinida, o enfermeiro solicita a confirmação do óbito e o relatório médico para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO); orienta os familiares para providenciar uma funerária para transporte do corpo até o SVO, onde será fornecida a declaração de óbito (o SVO está localizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão e no HU/ UFSC, ambos em Florianópolis). O enfermeiro faz uma breve evolução de enfermagem sobre o óbito. A equipe de enfermagem prepara o corpo e encaminha para a conservadora (não realizando o tamponamento). O enfermeiro preenche os impressos já citados no caso de morte por causa definida e dá prosseguimento aos demais encaminhamentos também já citados.

Em casos de morte violenta, encaminhamento que se diferencia é que o enfermeiro solicita o relatório médico para o Instituto Médico legal (IML). Orienta a família a comparecer no 5º Departamento de Polícia (5º DP) em Florianópolis, onde será fornecido o boletim cadavérico. Além disso, o enfermeiro liga para o IML, comunica o óbito e junto com a equipe de enfermagem, entrega o cadáver e relatório médico para o IML. São compreendidos como casos de morte violenta: acidentes, envenenamentos, natimorto por aborto provocado, suicídio e overdose (independente do tempo de internação).

Fluxograma do Paciente da UTI



Visitas aos Pacientes da UTI

Logo que o paciente é internado na unidade de terapia intensiva o enfermeiro informa aos familiares os horários de visita, orienta as rotinas do serviço, esclarece as dúvidas pertinentes à internação do paciente na unidade de terapia intensiva, orienta sobre o não fornecimento de informações via telefone (salvo em casos já descritos em capítulo anterior), sobre a entrada individual dos familiares e lavagem das mãos antes e após cada visita.

Em dias úteis as visitas ocorrem das 11:00h às 11:30h, das 14:30h às 15:30h e das 20:30h às 21:00h. Sábados, domingos e feriados somente em dois horários, das 14:00h às 15:30h e das 20:30h às 21:00h.

O boletim médico de cada paciente é fornecido diariamente aos familiares após o término da visita vespertina, às 15:30h.

Rotina Diária dos Enfermeiros

Ao chegar à unidade o enfermeiro assiste à passagem de plantão, fazendo as anotações sobre os principais dados relacionados ao estado clínico dos pacientes e questões a serem resolvidas no período. Em seguida, realiza a abertura da ficha de controle dos medicamentos psicotrópicos em impresso próprio.

No período da manhã, a rotina do enfermeiro se dá seguinte forma: realiza a coleta de gasometria arterial e a coleta de sangue venoso em cateter de punção profunda; realiza a visita a cada paciente, avaliando-os; anota no impresso de controle intensivo os parâmetros de ventilação; realiza as prescrições de enfermagem dos pacientes que estão nos leitos 01, 02, 03, 04 e 07; faz a evolução dos pacientes que estão nos leitos 01 e 03; informa os serviços de apoio sobre eventuais exames a serem realizados na unidade; faz o aprazamento das prescrições médicas; realiza técnicas específicas dos enfermeiros como montagem de sistema de PVC, PAM, curativos complexos (caso houver); supervisiona a equipe de enfermagem; atende às eventuais urgências ou emergências; no fim do plantão, registra no livro de ocorrências as principais intercorrências de cada paciente, realiza o fechamento do controle de medicamentos psicotrópicos e passa o plantão para a próxima equipe de enfermagem.

No período da tarde, a rotina é basicamente a mesma, o enfermeiro recebe o plantão, realiza o controle de psicotrópicos, realiza coleta de sangue arterial e venoso (caso o médico solicite), realiza a visita a cada paciente, avaliando-os; anota no impresso de controle intensivo os parâmetros de ventilação; faz as evoluções dos

pacientes que estão nos leitos 02, 04 e 07; informa os serviços de apoio sobre eventuais exames a serem realizados na unidade; caso haja internação (comum no período da tarde) o enfermeiro faz a admissão do paciente na UTI, prescrição de enfermagem e aprazamentos de prescrição médica. No fim do plantão, procede conforme rotina da manhã com relação ao controle de psicotrópicos, ao livro de registros e passagem de plantão.

No período noturno, a rotina não difere muito da rotina da tarde. As evoluções e prescrições de enfermagem realizadas pelo enfermeiro do período correspondem aos leitos 05 e 06. Às 06:00 horas é realizado o balanço hídrico de cada paciente, onde são debitados todos os líquidos infundidos no paciente e todas suas drenagens.

Rotina Diária dos Técnicos e Auxiliares de enfermagem

Igualmente aos enfermeiros, os técnicos e auxiliares participam da passagem de plantão logo no início de seu turno de trabalho. Em seguida, conforme escala mensal de leitos, cada um se dirige ao box/ leito onde se encontra o paciente sob sua responsabilidade de cuidados e inicia pelo controle de sinais vitais (realizando-o posteriormente de hora em hora). Faz a leitura da prescrição médica observando os medicamentos e horários a serem administrados. Faz a leitura da prescrição de enfermagem e dá início aos cuidados observando e comunicando o enfermeiro sob qualquer modificação no estado do paciente. Realiza exame de glicemia capilar (se assim prescrito) seguindo o rodízio de insulina regular subcutânea (caso haja necessidade de administração da droga), realiza o banho no leito, trocas de fraldas, massagem de conforto, mudança de decúbito, higiene oral, aspiração oral e traqueal, reposição de drogas em bombas de infusão, realiza curativos simples, entre outras prescrições de cuidados de enfermagem.

6.2. Participar da passagem de plantão

Utilizamos esta estratégia para que em todos os dias pudéssemos receber e passar informações da evolução clínica dos pacientes da unidade. Diariamente durante a nossa prática assistencial recebemos o plantão na sala de reuniões da unidade e ao final de nosso plantão o passamos ou complementamos as informações fornecidas por nossos enfermeiros supervisores.

Na Unidade de Terapia Intensiva a passagem de plantão ocorre nos seguintes horários: 07:00h – 13:00h – 19:00h. Participam da passagem de plantão: o enfermeiro

do plantão anterior, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do plantão a iniciar. No momento em que a passagem de plantão acontece, dois funcionários (técnicos e/ ou auxiliares de enfermagem) permanecem próximos aos leitos para atender às possíveis intercorrências dos pacientes internados.

Estar presente na passagem de plantão nos proporcionou momentos de grande aprendizado, pois em algumas situações participamos de discussões sobre casos clínicos, tratamento dos pacientes, e de situações clínicas por nós desconhecidas.

6.3. Interagir com toda a equipe multidisciplinar

A equipe multidisciplinar que atua na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário é composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionista e assistente social.

No desenvolvimento de nossa prática assistencial buscamos assistir o paciente multidisciplinarmente, discutindo quadros clínicos e intervenções a serem tomadas, principalmente com os médicos residentes, enfermeiros e técnicos/ auxiliares de enfermagem.

Obtivemos um ótimo relacionamento com toda a equipe multidisciplinar da unidade, propiciando a nós e a eles, um ambiente singular de trabalho.

Consideramos que a assistência multidisciplinar ao paciente contribui não só para uma melhor qualidade assistencial, mas também para a troca de informações e experiências entre os profissionais de saúde.

6.4. Participar de reuniões administrativas e técnicas com as supervisoras e equipe de enfermagem

Tivemos a possibilidade de participar de uma reunião administrativa com a enfermeira chefe da UTI e grande parte dos funcionários da unidade. Esta reunião aconteceu nos primeiros dias de estágio e pudemos apresentar brevemente nosso projeto de prática assistencial, o qual foi bem recebido.

Participar de uma reunião administrativa na unidade nos possibilitou conhecer grande parte dos funcionários que nela trabalham, observar como um enfermeiro chefe deve conduzir uma reunião com sua equipe, além de ampliar nossa visão quanto às questões administrativas de uma unidade hospitalar.

6.5. Observar e contribuir com as atividades administrativas realizadas pela enfermeira chefe da UTI

Durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial na unidade de terapia intensiva pudemos acompanhar com grande proximidade a enfermeira chefe em suas atribuições administrativas.

Tivemos a oportunidade de auxiliá-la na elaboração da escala de funcionários do mês de maio/ 2007 e fazermos a escala referente ao mês de junho/ 2007, sob sua devida supervisão (as escalas de funcionários dos meses de maio e junho de 2007 seguem nos apêndices C e D, respectivamente). Confeccionamos ainda, a partir da escala mensal, a escala de distribuição de leitos de ambos os meses, conforme apêndices E e F.

Pudemos também, contribuir na realização de memorandos e pareceres técnicos (apêndices G, H e I respectivamente), atribuições nunca antes realizadas pelas acadêmicas durante todo o curso de graduação.

O desenvolvimento desta estratégia de ação nos fez acompanhar e desempenhar a gerência da unidade de terapia intensiva, acrescentando à nossa formação profissional uma bagagem considerável de conhecimentos sobre questões administrativas.

Percebemos que gerenciar uma unidade não é tarefa fácil. Exige do enfermeiro além de conhecimentos específicos sobre o gerenciamento de recursos humanos, materiais e pessoais, capacidade para liderar uma equipe de enfermagem, neste caso com aproximadamente 50 funcionários, com as mais diversas personalidades, preocupações e anseios, e trabalhar muitas vezes com recursos materiais mínimos ou escassos. Essa somatória de atribuições ou competências exige do enfermeiro chefe muito empenho e perseverança.

Avaliação:

Este objetivo foi alcançado, pois, ao final do estágio, conseguimos identificar como se desenvolve o gerenciamento dos recursos humanos, materiais, de informação e a dinâmica das relações interpessoais na equipe de enfermagem na unidade em estudo, exercitando, assim, o gerenciamento na UTI.

7. OBJETIVO 07

Avaliar a experiência vivenciada de acordo com os objetivos propostos

7.1. Criar um diário de campo individual onde descreveremos as atividades realizadas durante a prática assistencial em UTI

A fim de avaliarmos as experiências adquiridas no estágio, criamos um diário de campo individual, onde cada acadêmica registrou as atividades que realizou diariamente, o aprendizado adquirido e seus sentimentos quanto aos cuidados dispendidos aos pacientes.

7.2. Refletir sobre o crescimento pessoal e profissional adquiridos com a implementação deste projeto

Esses dois meses de estágio na Unidade de Terapia Intensiva nos oportunizaram vivências únicas no que se refere à enfermagem.

Já no desenvolvimento de nosso projeto assistencial pudemos acrescentar aos nossos conhecimentos um novo referencial metodológico, a CIPE® Versão 1.0. Desconhecida, até o momento, foi um grande desafio implementá-la, mas que foi muito bem recompensado pelo aprendizado adquirido. A CIPE® Versão 1.0 mostrou-se ser uma metodologia com terminologia clara, objetiva, e fácil de ser implementada, inclusive informatizada. A utilização do processo de enfermagem informatizado à luz do referencial teórico permitiu a nós, enquanto acadêmicas, termos uma visão holística do paciente internado em terapia intensiva.

A informatização aliada à assistência traz algumas vantagens, entre elas: melhor legibilidade; auxílio ao profissional na avaliação dos dados dos pacientes; disponibilidade e agilidade de acesso às informações (contidas em banco de dados) para consultas, pesquisas, análise estatística e respaldo legal.

Informatizar a metodologia de assistência aos pacientes desta unidade, em particular, pareceu-nos uma tarefa difícil. Percebemos uma resistência considerável dos enfermeiros a respeito da informatização. Os profissionais que utilizaram o processo de enfermagem informatizado consideraram o tempo exigido para o abastecimento dos dados no sistema como moroso, mas acreditam que se todos os enfermeiros da unidade tomassem isso como um objetivo a ser cumprido, a utilização do sistema seria possível de ser implementada, pois trata-se de um sistema bastante completo e que propicia uma avaliação global do estado dos pacientes internados em terapia intensiva. Nós, acadêmicas, concordamos com a opinião dos enfermeiros declaramos nosso desejo de

auxiliá-los caso isso seja um propósito de todos, pois acreditamos que esta proposta contribuirá para a melhoria na qualidade de assistência prestada na referida unidade.

Finalizada a prática assistencial, podemos afirmar que nos sentimos mais seguras e preparadas para o mercado de trabalho, pois ampliamos e aprofundamos nosso conhecimento teórico-prático sobre a assistência de enfermagem em UTI; tivemos a oportunidade de em alguns momentos assumirmos a unidade como enfermeiras, também tínhamos essa pretensão apesar de não termos explicitado nos objetivos; sermos tratadas pelas(os) enfermeiras (os) como colegas de trabalho e não simplesmente como acadêmicas de enfermagem (sem nos abster de supervisão). A equipe de enfermagem como um todo, nos recepcionou muito bem e nos incorporou como parte integrante da equipe de enfermagem compreendendo nosso papel na unidade, vários foram os momentos em que solicitaram nosso auxílio para solucionar tanto questões assistenciais quanto administrativas.

Estamos satisfeitas por escolhermos a UTI do Hospital Universitário como campo de estágio, pois este ambiente nos proporcionou a ampliação de nosso conhecimento e prática assistencial em enfermagem, tendo em vista que esta é uma unidade rica em procedimentos de enfermagem e diversidade de casos clínicos, os quais instigaram nossa curiosidade e desejo de aprendizado.

Não nos restam dúvidas quanto à contribuição deste trabalho à Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário e ao nosso processo de formação enquanto acadêmicas de enfermagem e futuras profissionais.

Avaliação:

Consideramos este objetivo alcançado, pois, ao final do estágio, conseguimos avaliar a experiência vivenciada durante a prática assistencial de acordo com os objetivos propostos neste projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo ampliou nossos conhecimentos relacionados à Terapia Intensiva, principalmente no que se refere às inúmeras atividades assistenciais e administrativas realizadas pelos enfermeiros em UTI.

Cuidar de pacientes em situação crítica de saúde nos fez crescer enquanto pessoas e principalmente como profissionais. Tornou-nos mais humanas, mais dedicadas e conscientes de que devemos sempre aprimorar nossos conhecimentos teóricos-científicos buscando o aperfeiçoamento na qualidade do cuidado prestado, tendo em vista que diariamente nos deparamos com situações totalmente inovadoras que fogem de nosso conhecimento já adquirido, nos remetendo a ampliá-los.

No âmbito da assistência direta ao paciente aprendemos que até mesmo as técnicas mais simples, e que estamos habituadas a realizar, são importantes para nossa formação, pois é também através delas que adquirimos segurança e agilidade na prática de enfermagem.

Sabemos que o processo de enfermagem é o principal instrumento de metodologia assistencial utilizado pelos enfermeiros na atualidade, sabemos ainda que a forma como este processo é registrado torna oneroso o trabalho deste profissional. Acreditamos que a informatização vai de encontro a essa dificuldade. A disponibilidade de acesso via *Web* para utilização do processo de enfermagem está se fazendo presente em grande escala nos dias atuais. E foi diante disto que nos propomos a desenvolver este trabalho que, a nosso ver, contribuiu para informatização da assistência de enfermagem em terapia intensiva.

Desenvolver este trabalho de conclusão de curso nos trouxe muito além do que almejamos ao projetar esta prática assistencial, nos trouxe prazer em atuar em uma unidade de terapia intensiva, despertando-nos o interesse em nos especializarmos na área.

Ao final desta caminhada, constatamos que nossos objetivos foram alcançados e nossas expectativas superadas. Ampliamos nossos conhecimentos e vivenciamos experiências inesquecíveis. Neste percurso conhecemos, cuidamos e fomos cuidadas por pessoas muito especiais, as quais, jamais esqueceremos, pois foi através delas que nosso conhecimento foi ampliado.

REFERENCIAS

ANTUNES, C. R. **Processo Informatizado de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado de Terapia Intensiva via WEB.** Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem – UFSC.

BALDUINO, A. F. A., PERES, A. M., CARRARO, T. E. A metodologia da assistência de enfermagem informatizada – MAEI. In: **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

BUB, M. B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem.** Florianópolis, 2001. Tese de Doutorado em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – UFSC.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 293 de 21 de setembro de 2004.** Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>. Acesso em: 15 Mar. de 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 311 de 08 de fevereiro de 2007.** Disponível em: http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/noticias_det.php?id=359. Acesso em: 14 Jun. 2007.

ÉVORA, Y. D. M. Informática na assistência de enfermagem. In: **PROENF: Programa de atualização em enfermagem:** saúde do adulto. Ciclo 1. Módulo 1. Porto Alegre: Artmed e Panamericana, 2006.

ÉVORA, Y.D.M. **Processo de Informatização em Enfermagem:** orientações básicas. São Paulo: EPU, 1995.

FELISBINO, J. E. **Processo de enfermagem na UTI: Uma proposta Metodológica.** São Paulo: EPU, 1994.

GOMES, A. M. **Enfermagem na UTI.** 2ª ed. São Paulo. EPU, 1988.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 01 Mar. de 2007.

HUDAK, C. M., GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos na Enfermagem:** uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

ICN – INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** – CIPE® – Versão 1.0. Tradução: Dra. Hermínia Maria Costa Correia Cardoso de Castro. RE. Lisboa, 2006.

ICN – INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** – CIPE® – Versão Beta 2. Tradução: Adelaide Madeira, Leonor Abecasis, Teresa Leal, janeiro 2005. Geneva, 2005.

ICN (International Council of Nurses), 2007. Disponível em: <<http://www.icn.ch/definition.htm>>. Acesso em: 13 Mar. de 2007.

JÚNIOR, D. F. M., GUASTELLI, L. R., FRANÇA, S. R. Enfermagem e informática. In: KNOBEL, E., LASELVA, C. R., JÚNIOR, D. F. M. **Terapia Intensiva: Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2006.

JÚNIOR, D. F. M., LASELVA, C. R., GUASTELLI, L. R. Estrutura e organização. In: KNOBEL, E., LASELVA, C. R., JÚNIOR, D. F. M. **Terapia Intensiva: Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2006.

KNOBEL, E. **Terapia Intensiva: Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2006.

LINO, M. M., SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing.** Barueri, 4, (41): 25-29, 2001.

MARIN, H. F. **Informática em Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS N° 2.918 de 09 de Junho de 1998.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2918.htm>>. Acesso em: 25 Mar. de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS N° 1.071 de 12 de Agosto de 1998.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab98/gabago98.htm>>. Acesso em: 25 Mar. de 2007.

NISHIDE, V. M., MALTA, M. A., AQUINO, K. S. Aspectos Organizacionais em UTI. In: CINTRA, E. A., NISHIDE, V. M., NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico.** São Paulo: Atheneu, 2000.

NOBREGA, M. M. L., GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R., NOBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo.** João Pessoa: Idéias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS. (ISBN – 85-86867-49-7)

POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROSSO, E. G., SIFRONI, K. G. **Administrando, Informatizando e Assistindo em Unidade de Terapia Intensiva o Cliente em Condição Crítica de Saúde.** Florianópolis (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem): UFSC, 2004.

SCHMITZ, L. M., KLAUCK, M. L., VIEIRA, T. T. **Rumo à Assistência de Enfermagem Informatizada em UTI – A definição de um Banco de dados.** Florianópolis (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem): UFSC, 2004.

SILVA, M. R. B., FELIX, V. N., ZILBERSTEIN, B. Montagem da Unidade In: ZILBERSTEIN, B., FELIX, V. N., CLEVA, R. **Manual de Terapia Intensiva: Procedimentos Práticos.** São Paulo: Robe, 1995.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2000.

SPERANDIO, D. J. **Sistematização da assistência de enfermagem**: proposta de um software – protótipo. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21022003-173133/>>. Acesso em: 25 de Mar. de 2007.

TRENTINI, M., DIAS, L. P. M. **Meu Primeiro Projeto Assistencial**. Florianópolis: UFSC/ Casa Vida e Saúde, 1994.

WHO (*World Health Organization*), 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/about/es>>. Acesso em: 13 Mar. de 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a finalidade de obter o seu consentimento por escrito para participar do trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina “SISTEMATIZAÇÃO INFORMATIZADA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO UTILIZANDO A CIPE® VERSÃO 1.0”, que será desenvolvido pelas acadêmicas: Isabella Fontes Ramos e Marisa da Silva Martins, orientado pela Profª. Drª. Eliane Regina Pereira do Nascimento e supervisionado pelas Enfermeiras Leila Cristiany Teixeira, Taise Costa Ribeiro Klein e Viviana Lorena Iara Freire, a realizar-se na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Professor Polydoro Hernani de São Thiago (HU).

Através deste documento declaro que fui informado (a) que esta pesquisa tem como objetivo “Aplicar e avaliar o processo de enfermagem informatizado, via *Web*, em UTI, o qual utiliza o referencial da CIPE® Versão 1.0”

Sua participação será com o fornecimento de dados, obtidos através de coleta de dados no sistema informatizado elaborado por Dal Sasso e Antunes e com a resposta à um instrumento de avaliação do sistema, previamente elaborado pelas acadêmicas e orientadora.

A participação nesta pesquisa não irá prejudicar, sob nenhum aspecto, os envolvidos neste trabalho. Será garantido o anonimato e a qualquer momento lhe será dado o direito de desistir da participação no estudo, sem sofrer penalidades.

Os aspectos abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional serão respeitados durante todo o desenvolvimento do estudo.

Informamos que não há custo pessoal para o participante em qualquer fase do estudo e que também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Após ler o presente termo e aceitar participar do trabalho, pedimos que assine as duas vias do Termo de Consentimento, sendo que uma delas ficará em seu domínio.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho poderá ser obtido com as acadêmicas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Professor Polydoro Hernani de São Thiago (HU) ou pelos telefones (48) 3233-5434/ 9912-9894 (Ac. Enf. Isabella) ; (48) 3240-3354/ 8402-0025 (Ac. Enf. Marisa).

Os dados obtidos serão conservados por cinco anos pelas autoras em uma pasta específica de posse única das acadêmicas e posteriormente destruídos.

Eu, _____, consinto em participar como sujeito da presente pesquisa. Declaro ainda, que estou ciente do objetivo e do método, bem como meus direitos de desistir a qualquer momento e do sigilo.

Assinatura: _____.

Florianópolis, ____/____/____.

APÊNDICE B

PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO

Prontuário:

Situação: internado

Paciente: S. P. M.

Sexo: F

Idade: 64 anos

Data de nascimento: 1943-01-22

Procedência

Sinais Vitais

Não invasivos

Pressão arterial: 109x62 mmHg

Respiração 14 mpm

Pulso 102 bpm

Temperatura 36,5°C

Avaliações

Sistema Respiratório avaliado em 04/06/2007 às 17:39:02

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| Ritmo regular superficial | Perfusão/Saturação Periférica Acianótico | Oxigenação Macronebulização contínua |
| Respiração Dispneia | Tosse/expectoração nenhuma | Sons Respiratórios Roncos difusos |
| Sons Respiratórios Roncos difusos Estertores difusos | | |

Sistema Cardiovascular avaliado em 04/06/2007 às 17:43:47

| | | |
|--|---|---|
| Jugular planas | Edema Nenhum | Palidez Corado (a) |
| Pele seca | Perfusão e saturação periférica < ou = a 2s (rápido normal) | Arritmias e alterações eletrocardiográficas Ventriculares |
| Ausculta Cardíaca normal (S1 e S2 presentes) | Ritmo regular | Acesso vascular Periférico |
| | | |
| Baqueteamento dos dedos ausente | | |

Sistema Neurológico avaliado em 04/06/2007 às 17:51:45

| | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Movimentos Oculares normal | Pupilas isocóricas (3,5 a 4,5mm) | Fotorreação rápida |
| Escala de Glasgow 15 | Sensibilidade Motora 115.54910000000001 | Plegia Ausente |
| Paresia Ausente | Parestesia Ausente | Sangramento e Perda Líquórica Ausente |
| | | |
| Movimentos Involuntários Ausente | | |

Sistema Musculoesquelético avaliado em 04/06/2007 às 17:55:50

| |
|--|
| |
|--|

Sistema Gastrointestinal avaliado em 04/06/2007 às 17:58:35

| | |
|-------------|------------|
| Observacoes | Dieta zero |
|-------------|------------|

Sistema Renal avaliado em 04/06/2007 às 18:00:34

| | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Dor ausente | Características da Diurese normal | Tipos de diurese espontânea |
| Coloração da Urina amarelo citrino | | |

Sistema Tegumentar avaliado em 04/06/2007 às 18:02:25

| | | |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Dor Ausente | Calor Ausente | Rubor Ausente |
| Eczantema Ausente | Pápula Ausente | Vesícula Ausente |
| Mácula Ausente | Equimose Ausente | Escoriação Ausente |

| | | | | | |
|--------------------|---------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Abrasamento | Ausente | Turgor Cutâneo | Sem prega (hidratado) | Observacoes | Pele seca e ressecada. Aboacth em MSE |
|--------------------|---------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------------|

Sistema Reprodutivo feminino avaliado em 04/06/2007 às 18:03:42

| | | | |
|--------------------------------|---------|----------------------------|---------|
| Relação Sexual Dolorosa | ausente | Sangramento Vaginal | ausente |
|--------------------------------|---------|----------------------------|---------|

Sistema Reprodutivo feminino avaliado em 04/06/2007 às 18:04:09

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------|-------------------------|---------|----------------------------------|---------|
| Protusão dos Órgãos Externos | ausente | Edema | ausente | Lacerações | ausente |
| Hiperemia | ausente | Secreção Uretral | ausente | Secreção Vaginal | ausente |
| Intróito Vaginal | normal | Dor | ausente | Grandes e Pequenos Lábios | normais |
| Clitóris | normal | Orifício Uretral | normal | | |

Sistema Biopsicosocial avaliado em 04/06/2007 às 18:05:31

| | | | | | |
|--|----------|-----------------------------|----------|-------------------|----------|
| Alterações Psicológicas e Psiquiátricas | ausente | Labilidade Emocional | presente | Nervosismo | presente |
| Ansiedade | presente | | | | |

Sistema Respiratório avaliado em 05/06/2007 às 21:06:27

| | | | | | |
|-------------------|------------------|--------------------------------------|------------|---------------------------|---|
| Ritmo | regular profunda | Perfusão/Saturação Periférica | Acianótico | Oxigenação | Ventilação mecânica por TOT/Traqueostomia |
| Respiração | Eupnéia | Tosse/expectoração | nenhuma | Sons Respiratórios | Estertores difusos |

Sistema Cardiovascular avaliado em 05/06/2007 às 21:13:51

| | | | | | |
|--------------------|---------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Edema | Nenhum | Palidez | Corado (a) | Pele | normal |
| Hemorragias | nenhuma | Perfusão e saturação periféria | < ou = a 2s (rápido normal) | Ausculata Cardíaca | normal (S1 e S2 presentes) |
| Ritmo | regular | Dor torácica | Ausente | | |

Sistema Neurológico avaliado em 05/06/2007 às 21:19:50

| | | | | | |
|----------------------------------|---------------|--------------------------------------|----------|---------------------------------|---------|
| Nível de Consciência | semi-comatoso | Movimentos Oculares | normal | Fotorreação | rápida |
| Escala de Glasgow | 9 | Plegia | Ausente | Paresia | Ausente |
| Parestesia | Ausente | Sangramento e Perda Líquórica | Ausente | Movimentos Involuntários | Ausente |
| Uso de Drogas Depressoras | fentanil | Uso de Drogas Depressoras | fentanil | | |
| | | propofol | | | |

Sistema Musculoesquelético avaliado em 05/06/2007 às 21:26:19

| | |
|-----------------------|----------------|
| Tônus muscular | Hipotonicidade |
|-----------------------|----------------|

Sistema Gastrointestinal avaliado em 05/06/2007 às 21:29:05

| | | | |
|--------------|------------------|-----------------|-----|
| Dieta | líquida completa | Sondagem | NSE |
|--------------|------------------|-----------------|-----|

Sistema Renal avaliado em 05/06/2007 às 21:32:48

| | | | | | |
|---------------------------|----------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------|
| Dor | ausente | Características da Diurese | normal | Tipos de diurese | sonda fowley 2 vias |
| Coloração da Urina | amarelo escuro | Presença de Sonda | fowley 2 vias n/ | | |

Sistema Reprodutivo feminino avaliado em 05/06/2007 às 21:40:03

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|
| Relação Sexual Dolorosa | ausente | Sangramento Vaginal | ausente | Coloração da Mucosa | Normal |
| Protusão dos Órgãos Externos | ausente | Edema | ausente | Lacerações | ausente |
| Hiperemia | ausente | Secreção Uretral | ausente | Secreção Vaginal | ausente |

| | | | | | |
|------------------|--------|------------------|---------|---------------------------|---------|
| Intróito Vaginal | normal | Dor | ausente | Grandes e Pequenos Lábios | normais |
| Clitóris | normal | Orifício Uretral | normal | | |

Sistema Biopsicosocial avaliado em 05/06/2007 às 21:43:25

| | |
|---|---------|
| Alterações Psicológicas e Psiquiátricas | ausente |
|---|---------|

Sistema Respiratório avaliado em 06/06/2007 às 13:24:05

| | | | | | |
|--------------------|---|------------|---------|--------------------|---------|
| Oxigenação | Ventilação mecânica por TOT/Traqueostomia | Respiração | Eupnéia | Tosse/expectoração | nenhuma |
| Sons Respiratórios | Estertores difusos | | | | |

Sistema Cardiovascular avaliado em 06/06/2007 às 13:32:27

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------|-----------------|----------|
| Jugular | planas | Sinal de cacifo | 4mm(++) | Edema | MMSS |
| Palidez | Corado (a) | Pele | seca | Hemorragias | nenhuma |
| Perfusão e saturação periféria | < ou = a 2s (rápido normal) | Ritmo | sinusal | Acesso vascular | Profundo |
| Dor torácica | Ausente | | | | |

Sistema Neurológico avaliado em 06/06/2007 às 13:37:16

| | | | |
|----------------------|---------|---------------------|--------|
| Nível de Consciência | agitado | Movimentos Oculares | normal |
|----------------------|---------|---------------------|--------|

Sistema Neurológico avaliado em 06/06/2007 às 13:40:04

| | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------------------------|----------|--------------------------|---------|
| Fotorreação | rápida | Escala de Glasgow | 10 | Sensibilidade Motora | 89.001 |
| Parestesia | Ausente | Sangramento e Perda Liquórica | Ausente | Movimentos Involuntários | Ausente |
| Uso de Drogas Depressoras | fentanil | Uso de Drogas Depressoras | fentanil | | |
| | | propofol | | | |

Sistema Musculoesquelético avaliado em 06/06/2007 às 13:46:16

| |
|--|
| |
|--|

Sistema Musculoesquelético avaliado em 06/06/2007 às 13:47:32

| |
|--|
| |
|--|

Sistema Gastrointestinal avaliado em 06/06/2007 às 13:52:28

| |
|--|
| |
|--|

Sistema Tegumentar avaliado em 06/06/2007 às 13:59:00

| | | | | | |
|-------------|----------------|-------------|---------|----------------|-----------------------|
| Rubor | Ausente | Eczantema | Ausente | Pápula | Ausente |
| Vesícula | Ausente | Mácula | Ausente | Equimose | Ausente |
| Escoriação | Ausente | Abrasamento | Ausente | Turgor Cutâneo | Sem prega (hidratado) |
| Observacoes | Pele ressecada | | | | |

Sistema Reprodutivo feminino avaliado em 06/06/2007 às 14:01:59

| | |
|---------------------|--------|
| Coloração da Mucosa | Normal |
|---------------------|--------|

Sistema Reprodutivo feminino avaliado em 06/06/2007 às 14:02:26

| | | | | | |
|------------------------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|
| Protusão dos Órgãos Externos | ausente | Edema | ausente | Lacerações | ausente |
| Hiperemia | ausente | Secreção Uretral | ausente | Secreção Vaginal | ausente |

| | | | | | |
|------------------|--------|------------------|---------|---------------------------|---------|
| Intróito Vaginal | normal | Dor | ausente | Grandes e Pequenos Lábios | normais |
| Clitóris | normal | Orifício Uretral | normal | | |

| Diagnósticos |
|---|
| Sistema Respiratório diagnosticado em 04/06/2007 às 17:41:25 |
| Resposta Ventilatória Inadequada |
| Processo respiratório inadequado |
| Dispnéia aumentada aos pequenos e médios esforços |
| Troca de gases inadequada |
| Hipoventilação progressiva |
| Fadiga em progresso |
| Perfusão e saturação tissular inadequada |
| Congestão pulmonar aumentada |
| Sistema Cardiovascular diagnosticado em 04/06/2007 às 17:43:47 |
| Sistema cardiovascular alterado |
| Sistema Cardiovascular diagnosticado em 04/06/2007 às 17:50:14 |
| Pulso apical normal |
| Sinais vitais alterados |
| Arritmia ventricular de mesmo nível |
| Taquicardia de mesmo nível |
| ESV unifocal |
| Processo vascular normal |
| Intolerância à atividade grave |
| Status de perfusão de tecidos normal |
| Acesso intravenoso normal |
| Sistema Neurológico diagnosticado em 04/06/2007 às 17:53:44 |
| Atividade psicomotora anormal |
| Potencial para desorientação |
| Sistema nervoso inalterado |
| Consciência preservada |
| Orientação no tempo e no espaço preservada |
| Reflexo pupilar presente |
| Sistema Musculoesquelético diagnosticado em 04/06/2007 às 17:57:12 |
| Movimento comprometido |
| Capacidade para andar prejudicada |
| Sistema Gastrointestinal diagnosticado em 04/06/2007 às 17:59:48 |
| Processo digestório normal |
| Nutrição prejudicada |
| Ingestão nutricional inadequada |
| Ingestão hídrica inadequada |

| |
|---|
| Status nutricional prejudicado |
| Percentagem de gordura corporal diminuida |
| Sistema Renal diagnosticado em 04/06/2007 às 18:01:10 |
| Sede intensa |
| Processo de sistema urinário adequado |
| Sistema Tegumentar diagnosticado em 04/06/2007 às 18:02:25 |
| Sistema intergumentar prejudicado |
| Sistema Tegumentar diagnosticado em 04/06/2007 às 18:03:42 |
| Integridade intergumentar interrompida |
| Resposta a termorregulação normal |
| Grau de temperatura do corpo normal |
| Pele ressecada generalizada |
| Sistema Biopsicosocial diagnosticado em 04/06/2007 às 18:08:17 |
| Socialização comprometida |
| Inquietação controlada |
| Angústia acentuada |
| Ansiedade leve |
| Medo controlado |
| Insegurança controlada |
| Capacidade para alimentar-se inadequada |
| Capacidade para cuidar da higiene pessoal inadequada |
| Capacidade para banho inadequada |
| Capacidade de se vestir inadequada |
| Capacidade de desempenhar atividade de lazer inadequada |
| Capacidade de utilizar o sanitário inadequada |
| Capacidade de se proteger inadequada |
| Capacidade de se socializar inadequada |
| Capacidade de deglutir adequada |
| Nervosismo leve |
| Preocupação elevado |
| Processo familiar prejudicado |
| Observações |
| Sistema Respiratório diagnosticado em 05/06/2007 às 21:08:00 |
| Parâmetros Gasométricos Adequados |
| Resposta Ventilatória Adequada |
| Limpeza das vias aéreas adequada |
| Sistema respiratório comprometido |
| Perfusão e saturação tissular adequada |
| Congestão pulmonar leve |
| Dependente de ventilação mecânica em volume controlado |
| Sistema Cardiovascular diagnosticado em 05/06/2007 às 21:15:56 |

| |
|---|
| Sistema cardiovascular normal |
| Pulso apical normal |
| Sinais vitais controlados |
| Taquicardia controlada |
| Potencial para hipotensão |
| Perfusão tissular adequada |
| Processo circulatório venoso adequado |
| Processo circulatório arterial adequado |
| Susceptibilidade à infecção leve |
| Status de perfusão de tecidos normal |
| Acesso intravenoso normal |
| Sistema Neurológico diagnosticado em 05/06/2007 às 21:23:03 |
| Coma superficial |
| Percepção alterada |
| Potencial para coma |
| Potencial para desorientação |
| Orientação no tempo e no espaço comprometida |
| Reflexo pupilar presente |
| Sistema Musculoesquelético diagnosticado em 05/06/2007 às 21:27:53 |
| Espasticidade diminuída |
| Movimento comprometido |
| Rigidez articular leve |
| Sistema Gastrointestinal diagnosticado em 05/06/2007 às 21:30:17 |
| Processo digestório normal |
| Processo de absorção de nutrientes normal |
| Ingestão nutricional adequada |
| Porcentagem de gordura corporal diminuída |
| Sistema Renal diagnosticado em 05/06/2007 às 21:33:22 |
| Processo de sistema urinário adequado |
| Sistema Tegumentar diagnosticado em 05/06/2007 às 21:36:42 |
| Sistema intergumentar normal |
| Integridade intergumentar interrompida |
| Resposta a termorregulação normal |
| Grau de temperatura do corpo normal |
| Pele ressecada generalizada |
| Sistema Biopsicosocial diagnosticado em 05/06/2007 às 21:45:20 |
| Hipoatividade elevada |
| Atividade psicomotora comprometida |
| Capacidade para comunicação comprometida |
| Capacidade para manter saúde inadequada |
| Capacidade para alimentar-se inadequada |
| Capacidade para cuidar da higiene pessoal inadequada |

| |
|---|
| Capacidade para banho inadequada |
| Capacidade de se vestir inadequada |
| Capacidade de desempenhar atividade de laser inadequada |
| Capacidade de utilizar o sanitário inadequada |
| Capacidade de se proteger inadequada |
| Capacidade de se socializar inadequada |
| Capacidade de deglutir inadequada |
| Processo psicológico comprometido |
| Processo familiar prejudicado |
| Observações |
| Sistema Respiratório diagnosticado em 06/06/2007 às 13:27:23 |
| Parâmetros Gasométricos Adequados |
| Resposta Ventilatória Adequada |
| Resposta ao Desmame Ventilatório Adequado |
| Limpeza das vias aéreas adequada |
| Aspiração orotraqueal eficaz |
| Troca de gases adequada |
| Perfusão e saturação tissular adequada |
| Congestão pulmonar leve |
| Sistema Cardiovascular diagnosticado em 06/06/2007 às 13:32:27 |
| Pulso apical normal |
| Sistema Cardiovascular diagnosticado em 06/06/2007 às 13:35:17 |
| Sinais vitais alterados |
| Taquicardia aumentada |
| Perfusão tissular adequada |
| Potencial para infecção |
| Processo circulatório venoso adequado |
| Processo circulatório arterial adequado |
| Susceptibilidade à infecção leve |
| Edema leve |
| Status de perfusão de tecidos normal |
| Acesso intravenoso normal |
| Sistema Neurológico diagnosticado em 06/06/2007 às 13:43:00 |
| Pensamento distorcido leve |
| Percepção alterada |
| Sistema nervoso alterado |
| Orientação no tempo e no espaço comprometida |
| Reflexo pupilar presente |
| Observações |
| Sistema Musculoesquelético diagnosticado em 06/06/2007 às 13:48:37 |
| Processo do sistema musculoesquelético comprometido |
| Rigidez articular leve |
| Capacidade para andar prejudicada |

| Sistema Gastrointestinal diagnosticado em 06/06/2007 às 13:53:55 | |
|--|--|
| Hiperglicemia leve | |
| Processo digestório normal | |
| Processo de absorção de nutrientes normal | |
| Metabolismo normal | |
| Débito de fluídos normal | |
| Peso diminuído | |
| Ingestão nutricional adequada | |
| Porcentagem de gordura corporal diminuída | |
| Sistema Biopsicosocial diagnosticado em 06/06/2007 às 14:05:45 | |
| Inquietação controlada | |
| Capacidade para manter saúde inadequada | |
| Capacidade para alimentar-se inadequada | |
| Capacidade para cuidar da higiene pessoal inadequada | |
| Capacidade para banho inadequada | |
| Capacidade de se vestir inadequada | |
| Capacidade de desempenhar atividade de lazer inadequada | |
| Capacidade de utilizar o sanitário inadequada | |
| Capacidade de se proteger inadequada | |
| Capacidade de se socializar inadequada | |
| Capacidade de deglutir inadequada | |
| Processo familiar prejudicado | |
| Observações | |

| Intervenções | |
|--|---------------|
| Respiratório - 04/06/2007 às 18:11:57 | |
| Auscultar pulmões quanto a presença de ruídos adventícios (estertores, sibilos e roncos) | 3x ao dia |
| Monitorar e verificar SV de h/h | M T N |
| Monitorar e interpretar os valores gasométricos PO ₂ , PH, PCO ₂ , BE, HCO ₃ conforme avaliação do paciente | M T N |
| Avaliar perfusão e saturação periférica (extremidades, lábios, olhos, ponta da orelha) | M T N |
| Limpar cavidade oral com antisséptico oral 3 x dia | M T N |
| Monitorar oximetria periférica e capnografia 4 x dia ou + se necessário | 06 12 18 24 |
| Explicar à família a situação do paciente no momento da visita | Na visita |
| Avaliar achados radiológicos | M T N |
| Posicionar paciente no leito semi-fowler 30° | M T N |
| Estimular e orientar o paciente para a realização de exercícios respiratórios (tosse, respiração profunda, vigília) | M T N |
| Cardiovascular - 04/06/2007 às 18:16:30 | |
| Avaliar perfusão tissular periférica 4 x ao dia | 06 12 18 24 |
| Observar saturação, atentar em níveis abaixo de 90% | M T N ATENÇÃO |
| Observar e registrar se FC < 60bpm ou > 80bpm | M T N |
| Interpretar traçado de ECG | M T N |

| | |
|---|-----------------|
| Controlar balanço hídrico 4 x dia ou mais SN | 06 12 18 24 SN |
| Avaliar e prevenir a presença de congestão pulmonar | ATENÇÃO |
| Observar coloração da pele e temperatura | M T N |
| Tranquilizar o cliente e sua família , explicando a eles todos os procedimentos | ATENÇÃO |
| Monitorar traçado eletrocardiográfico preferencialmente em DII e comunicar alterações. | SN |
| Determinar o efeito da arritmia sobre o quadro clínico do paciente. | ATENÇÃO |
| Avaliar a a causa da arritmia,(pneumotórax de tensão,superdose de droga,IAM,tamponamento cardíaco, hipocalemia, hipercalemia) | ATENÇÃO |
| Musculoesquelético - 04/06/2007 às 18:36:37 | |
| Avaliar a capacidade de flexionar ou estender a extremidade | M T N |
| Manter cabeça elevada em 30º | M T N |
| Avaliar pupilas 4 x dia ou mais S/N | 06 12 18 24 |
| Avaliar nível de consciência de acordo com a escala de coma de Glasgow, pupilas, reflexos, sensibilidade, movimento dos membros e padrão ventilatório de 6 em 6 horas ou SN | 06 12 18 24 S/N |
| Controlar ambiente para reduzir estímulos | SEMPRE |
| Manter temperatura normal evitando calafrios | M T N |
| Promover medidas para o cuidado corporal, eliminação e alimentação | M T N |
| Manter os alarmes do monitor sempre ligado | SEMPRE |
| Gastrointestinal - 04/06/2007 às 18:39:37 | |
| Cobrir o paciente, infundir líquidos aquecidos e evitar ambientes frios para prevenção da hipotermia | ATENÇÃO |
| Monitorar a presença de taquipnéia, dor no peito, dispnéia, inquietação, apreensão,confusão mental, hipertermia,taquicardia e petéquias na pele | ATENÇÃO |
| Avaliar integridade da massa muscular | 1 x dia |
| Posicionar paciente adequadamente | M T N |
| Posicionar confortavelmente o membro apoiando com travesseiro, possibilitando ângulo de 90º aos pés | M T N |
| Manter hidratação adequada | M T N |
| Mobilizar paciente em bloco evitando movimentos bruscos e inadequados de acordo com sua condição hemodinâmica | ATENÇÃO |
| Gastrointestinal - 04/06/2007 às 18:42:33 | |
| Registrar os sons intestinais, como normais ou audíveis, ausentes, hiperativos ou hipoativos | ATENÇÃO |
| Observar e registrar a características das eliminações intestinais | ATENÇÃO |
| Monitorar glicose sérica como parâmetro para administração de insulina de 6/6 horas | 0 6 12 18 |
| Mobilizar locais de aplicação de insulina | conforme escala |
| Trocar os curativos no local da inserção 2 x ao dia | 08 20 |
| Proporcionar higiene oral antes e após as refeições | 6 12 18 24 |
| Manter registros de ingestão e eliminação exatos | M T N |
| Avaliar o estado nutricional pela avaliação clínica e análise laboratorial | M T N |
| Manter assepsia nos cuidados com a linha, nas mudanças de curativo e na preparação da solução. | M T N |
| Monitorar quanto a sinais de desidratação, sede excessiva, turgescência cutânea diminuída, cefaléia, fadiga, náuseas e vômitos, pele e mucosa seca. | M T N |
| Renal - 04/06/2007 às 18:44:13 | |
| Restringir ingestão hídrica quando necessário | M T N |
| Monitorar dosagem de eletrólitos como parâmetros para reposição volêmica | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipernatremia:mucosas orais secas e saburrosas, sede, hipotensão,taquicardia,oligúria, anúria e ansiedade. | ATENÇÃO |

| | |
|---|-----------------|
| Avaliar e registrar as características da diurese (cor, aspecto, densidade) | S/N |
| Tegumentar - 04/06/2007 às 18:46:01 | |
| Higienizar a pele 3x ao dia ou conforme necessário, com sabão neutro | M T N |
| Confortar o paciente mediante realização de banho no leito com sabão neutro ou bagbath 1X ao dia ou mais S/N | 8 ou S/N |
| Avaliar integridade da pele 1 x ao dia | M |
| Avaliar e registrar as condições de hidratação da pele | M T N |
| Avaliar padrão nutricional, solicitando dosagem sérica de zinco, conforme protocolo institucional | M |
| Hidratar pele ressecada e não hiperemiada 2 x ao dia | M T |
| Observar e registrar potenciais riscos de infecção e contaminação | ATENÇÃO |
| Proteger com coxins as proeminências ósseas | M T N |
| Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados | M T N |
| Biopsicosocial - 04/06/2007 às 18:47:43 | |
| Incentivar a família a participar da recuperação | M T N |
| Promover o aquecimento do paciente, evitando hipotermia | M T N |
| Tranquilizar o paciente e sua família, oferecendo informações claras e objetivas | M T N |
| Promover medidas de segurança | M T N |
| Estimular o paciente a verbalizar seus sentimentos | M T N |
| Promover ao paciente e familiares ambiente privativo para diálogo | M T N |
| Respiratório - 05/06/2007 às 21:13:16 | |
| Avaliar os gases sanguíneos, se presença de hipoxemia administrar O ₂ suplementar S/N | 10 14 20 |
| Auscultar pulmões quanto a presença de ruídos adventícios (estertores, sibilos e roncosp) | 3x ao dia |
| Aspirar vias aéreas mediante rigorosa ausculta pulmonar | M T N |
| Monitorar e verificar SV de h/h | M T N |
| Avaliar características da secreção pulmonar (volume, cor, odor, concentração) | M T N |
| Avaliar padrão ventilatório na modalidade de ventilação mecânica (sincronismo, alarmes, PEEP, PPI, FIO ₂ , Volume corrente, condensado nas traquéias, nível das traquéias) | M T N |
| Manter cânula de guedel na cavidade oral, quando paciente inconsciente . | M T N |
| Monitorar e interpretar os valores gasométricos PO ₂ , PH, PCO ₂ , BE, HCO ₃ conforme avaliação do paciente | M T N |
| Avaliar perfusão e saturação periférica (extremidades, lábios, olhos, ponta da orelha) | M T N |
| Posicionar TOT centralmente a cavidade oral com bifurcação cuff ao nível da rima labial | M T N |
| Proteger com gaze o atrito do tubo à rima labial s/n | S/N |
| Avaliar altura do TOT 3 x dia em cm | M T N |
| Limpar cavidade oral com antisséptico oral 3 x dia | M T N |
| Mobilizar secreção respiratória instilando 3 ml de Soro fisiológico 09% no TOT s/n | ATENÇÃO - S/N |
| Monitorar pressão do Cuff em 25 mmHg | 10 14 20 |
| Monitorar oximetria periférica e capnografia 4 x dia ou + se necessário | 06 12 18 24 |
| Monitorar sinais de hipercapnia e hipoxemia (agitação psicomotora, cianose de extremidade, sudorese, palidez, competição com a máquina ventilatória) | M T N - ATENÇÃO |
| Assegurar métodos alternativos, para o processo de comunicação entre enfermeira, paciente e família (oferecendo material para escrita, cartões gráficos, etc.) | S/N |
| Explicar à família a situação do paciente no momento da visita | Na visita |
| Avaliar padrão respiratório na ventilação espontânea (frequência, expansibilidade, complacência e ritmo) | M T N |

| | |
|--|--|
| Monitorar presença de obstrução no tubo, através de alterações no padrão respiratório (agitação psicomotora, cianose de extremidades, sudorese, palidez, taquicardia e diminuição da saturação de O ₂) | ATENÇÃO |
| Manter cabeça alinhada evitando dobras no tubo e nas conexões | ATENÇÃO |
| Restringir paciente no leito s/n | S/N |
| Aumentar a Fração Inspirada de Oxigênio para 100% durante 3 min. antes e após a aspiração | ATENÇÃO |
| Avaliar características das secreções a cada aspiração | M T N |
| Avaliar achados radiológicos | M T N |
| Posicionar paciente no leito semi-fowler 30° | M T N |
| Administrar drogas sedativas e relaxantes musculares conforme prescrição médica | M T N |
| Aspirar cavidade oral e nasal sempre que necessário e antes da medida da pressão de cuff | S/N |
| Cardiovascular - 05/06/2007 às 21:17:46 | |
| Avaliar perfusão tissular periférica 4 x ao dia | 06 12 18 24 |
| Observar e registrar se FC < 60bpm ou > 80bpm | M T N |
| Controlar balanço hídrico 4 x dia ou mais SN | 06 12 18 24 SN |
| Trocar curativos de drenos e acessos centrais 1x dia, ou mais SN | 10 SN |
| Avaliar e registrar sinais de baixo débito | ATENÇÃO |
| Avaliar e prevenir a presença de congestão pulmonar | ATENÇÃO |
| Observar coloração da pele e temperatura | M T.N |
| Tranquilizar o cliente e sua família , explicando a eles todos os procedimentos | ATENÇÃO |
| Administrar medicamentos CPM e monitorar seus efeitos | M T.N |
| Monitorar traçado eletrocardiográfico preferencialmente em DII e comunicar alterações. | SN |
| Neurológico - 05/06/2007 às 21:24:58 | |
| Ventilar o paciente antes da aspiração, não aspirar mais que cinco segundos ininterruptos | ATENÇÃO |
| Monitorar sedação em bomba infusora | M T N |
| Avaliar pupilas 4 x dia ou mais S/N | 06 12 18 24 |
| Avaliar nível de consciência de acordo com a escala de coma de Glasgow, pupilas, reflexos, sensibilidade, movimento dos membros e padrão ventilatório de 6 em 6 horas ou SN | 06 12 18 24 S/N |
| Controlar ambiente para reduzir estímulos | SEMPRE |
| Promover sedação ou sedação e paralisia para diminuir consumo de oxigênio | M T N |
| Manter temperatura normal evitando calafrios | M T N |
| Incentivar a família a desenvolver método de comunicação com o paciente | NO MOMENTO DE VISITA |
| Promover medidas para o cuidado corporal, eliminação e alimentação | M T N |
| Manter os alarmes do monitor sempre ligado | SEMPRE |
| Monitorar os sinais de toxicidade medicamentosa como :bradicardia, hipotensão arterial e convulsão | ATENÇÃO |
| Mobilizar o decúbito do paciente em bloco de 3 em 3 horas, atentando para drenos, fixadores e traumas cervicais | DLD 08 e 20 DLE 11 e 23 DV 14 e 02 DD 17e 05 |
| Gastrointestinal - 05/06/2007 às 21:30:17 | |
| Inspecionar o dorso do paciente, utilizando técnica de rolamento, para visualização da região glútea, mantendo a coluna dorsal alinhada | NA ADMISSÃO |
| Registrar os sons intestinais, como normais ou audíveis, ausentes, hiperativos ou hipoativos | ATENÇÃO |
| Observar, através da realização da técnica de percussão, áreas de timpanismo e macicez | ATENÇÃO |
| Observar durante a percussão, se paciente consciente, as áreas dolorosas | ATENÇÃO |
| Avaliar o abdômen em busca de tensão ou encolhimento | ATENÇÃO |
| Observar e registrar a características das eliminações intestinais | ATENÇÃO |
| Monitorar glicose sérica como parâmetro para administração de insulina de 6/6 horas | 0 6 12 18 |

| | |
|---|-----------------|
| Mobilizar locais de aplicação de insulina | conforme escala |
| Monitorar os eletrólitos séricos 1 x ao dia ou mais SN | 8 SN |
| Avaliar equilíbrio ácido-básico através da gasometria venosa e arterial 1 x ao dia ou SN | 08 SN |
| Proporcionar higiene oral antes e após as refeições | 6 12 18 24 |
| Manter registros de ingestão e eliminação exatos | M T N |
| Avaliar o estado nutricional pela avaliação clínica e análise laboratorial | M T N |
| Manter assepsia nos cuidados com a linha, nas mudanças de curativo e na preparação da solução. | M T N |
| Renal - 05/06/2007 às 21:34:51 | |
| Observar e registrar as características do dreno | M T N |
| Manter a permeabilidade da sonda atentando para presença de coágulos. | M T N |
| Inspeccionar a região supra púbica, avaliando a presença de globo vesical | M T N |
| Monitorizar o débito urinário, quanto ao volume adequado a cada 1 hora, até que o débito esteja > 30 ml/h, a seguir a cada 2 horas e após a cada 4 horas. | M T N |
| Observar os sinais e sintomas de retenção líqüida (edema de tornozelo) | M T N |
| Tegumentar - 05/06/2007 às 21:36:42 | |
| Higienizar a pele 3x ao dia ou conforme necessário, com sabão neutro | M T N |
| Tegumentar - 05/06/2007 às 21:38:47 | |
| Confortar o paciente mediante realização de banho no leito com sabão neutro ou bagbath 1X ao dia ou mais S/N | 8 ou S/N |
| Avaliar integridade da pele 1 x ao dia | M |
| Monitorar os locais de fixação de sonda (mucosa oral e nasal) 1 x ao dia | M |
| Proteger área de apoio e pressão por meio do uso de colchão piramidal | M T N |
| Avaliar e registrar as condições de hidratação da pele | M T N |
| Avaliar padrão nutricional, solicitando dosagem sérica de zinco, conforme protocolo institucional | M |
| Hidratar pele ressecada e não hiperemiada 2 x ao dia | M T |
| Observar e registrar potenciais riscos de infecção e contaminação | ATENÇÃO |
| Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados | M T N |
| Observar a integridade da pele no local de inserção de tubos, sondas, bolsas de colostomia ou outras | ATENÇÃO |
| Biopsicosocial - 05/06/2007 às 21:46:17 | |
| Incentivar a família a participar da recuperação | M T N |
| Tranquilizar o paciente e sua família, oferecendo informações claras e objetivas | M T N |
| Respiratório - 06/06/2007 às 13:27:23 | |
| Auscultar pulmões quanto a presença de ruídos adventícios (estertores, sibilos e roncos) | 3x ao dia |
| Aspirar vias aéreas mediante rigorosa ausculta pulmonar | M T N |
| Respiratório - 06/06/2007 às 13:29:50 | |
| Monitorar e verificar SV de h/h | M T N |
| Avaliar características da secreção pulmonar (volume,cor,odor,concentração) | M T N |
| Avaliar padrão ventilatório na modalidade de ventilação mecânica (sincronismo, alarmes, PEEP, PPI, FIO ₂ , Volume corrente, condensado nas traquéias, nível das traquéias) | M T N |
| Monitorar e interpretar os valores gasométricos PO ₂ , PH, PCO ₂ , BE, HCO ₃ conforme avaliação do paciente | M T N |
| Avaliar perfusão e saturação periférica (extremidades, lábios, olhos, ponta da orelha) | M T N |
| Posicionar TOT centralmente a cavidade oral com bifurcação cuff ao nível da rima labial | M T N |

| | |
|--|----------------------|
| Proteger com gaze o atrito do tubo à rima labial s/n | S/N |
| Avaliar altura do TOT 3 x dia em cm | M T N |
| Limpar cavidade oral com antisséptico oral 3 x dia | M T N |
| Mobilizar secreção respiratória instilando 3 ml de Soro fisiológico 09% no TOT s/n | ATENÇÃO - S/N |
| Monitorar pressão do Cuff em 25 mmHg | 10 14 20 |
| Monitorar oximetria periférica e capnografia 4 x dia ou + se necessário | 06 12 18 24 |
| Monitorar gasometria arterial e oximetria no período de desmame ventilatório | ATENÇÃO |
| Explicar à família a situação do paciente no momento da visita | Na visita |
| Monitorar presença de obstrução no tubo, através de alterações no padrão respiratório (agitação psicomotora, cianose de extremidades, sudorese, palidez, taquicardia e diminuição da saturação de O ₂) | ATENÇÃO |
| Manter cabeça alinhada evitando dobras no tubo e nas conexões | ATENÇÃO |
| Restringir paciente no leito s/n | S/N |
| Aumentar a Fração Inspirada de Oxigênio para 100% durante 3 min. antes e após a aspiração | ATENÇÃO |
| Avaliar características das secreções a cada aspiração | M T N |
| Avaliar achados radiológicos | M T N |
| Posicionar paciente no leito semi-fowler 30° | M T N |
| Administrar drogas sedativas e relaxantes musculares conforme prescrição médica | M T N |
| Aspirar cavidade oral e nasal sempre que necessário e antes da medida da pressão de cuff | S/N |
| Cardiovascular - 06/06/2007 às 13:37:16 | |
| Observar e registrar se FC < 60bpm ou > 80bpm | M T N |
| Controlar balanço hídrico 4 x dia ou mais SN | 06 12 18 24 SN |
| Trocar curativos de drenos e acessos centrais 1x dia, ou mais SN | 10 SN |
| Avaliar sinal de cacifo 1 x dia ou mais S/N | 8 |
| Avaliar e prevenir a presença de congestão pulmonar | ATENÇÃO |
| Observar coloração da pele e temperatura | M T.N |
| Tranquilizar o cliente e sua família , explicando a eles todos os procedimentos | ATENÇÃO |
| Administrar medicamentos CPM e monitorar seus efeitos | M T.N |
| Monitorar traçado eletrocardiográfico preferencialmente em DII e comunicar alterações. | SN |
| Neurológico - 06/06/2007 às 13:43:00 | |
| Monitorar nível de consciência de 2/2 horas | 08 10 12 14 16 18 20 |
| Observar saturação, atentar em níveis abaixo de 90% | M T N ATENÇÃO |
| Manter cabeça alinhada com o corpo com apoio de coxins | SEMPRE |
| Neurológico - 06/06/2007 às 13:46:16 | |
| Ventilar o paciente antes da aspiração, não aspirar mais que cinco segundos ininterruptos | ATENÇÃO |
| Monitorar padrões de ventilação mecânica.FIO2, PEEP,PPI | M T N |
| Monitorar sedação em bomba infusora | M T N |
| Avaliar pupilas 4 x dia ou mais S/N | 06 12 18 24 |
| Avaliar reflexos neurológicos 2x dia ou mais S/N | 8 20 SN |
| Avaliar nível de consciência de acordo com a escala de coma de Glasgow, pupilas, reflexos, sensibilidade, movimento dos membros e padrão ventilatório de 6 em 6 horas ou SN | 06 12 18 24 S/N |
| Controlar ambiente para reduzir estímulos | SEMPRE |
| Avaliar possível risco do paciente para lesão tais como: queda no leito,agitação etc. | ATENÇÃO |
| Proteger grades do leito para evitar lesões e restringir o paciente com contensores adequados S/N. | M T N |
| Incentivar a família a desenvolver método de comunicação com o paciente | NO MOMENTO DE VISITA |

| | |
|---|--|
| Promover medidas para o cuidado corporal, eliminação e alimentação | M T N |
| Manter os alarmes do monitor sempre ligado | SEMPRE |
| Mobilizar o decúbito do paciente em bloco de 3 em 3 horas, atentando para drenos, fixadores e traumas cervicais | DLD 08 e 20 DLE 11 e 23 DV 14 e 02 DD 17e 05 |
| Musculoesquelético - 06/06/2007 às 13:51:32 | |
| Observar movimentos articulares anormais, instabilidade articular e luxações | ATENÇÃO |
| Observar alterações da coloração da pele e perfusão diminuída(palidez ou cianose unilateral) | M T N |
| Controlar a quantidade e característica da secreção 3 x ao dia | 08 16 24 |
| Avaliar integridade da massa muscular | 1 x dia |
| Informar a fisioterapia para iniciar atividades fisioterápicas | S/N |
| Posicionar paciente adequadamente | M T N |
| Posicionar confortavelmente o membro apoiando com travesseiro, possibilitando ângulo de 90º aos pés | M T N |
| Manter hidratação adequada | M T N |
| Avaliar sinais de inquietação, agitação ou mudança na capacidade cognitiva | M T N |
| Gastrointestinal - 06/06/2007 às 13:55:50 | |
| Registrar os sons intestinais, como normais ou audíveis, ausentes, hiperativos ou hipoativos | ATENÇÃO |
| Observar, através da realização da técnica de percussão, áreas de timpanismo e macicez | ATENÇÃO |
| Observar durante a percussão, se paciente consciente, as áreas dolorosas | ATENÇÃO |
| Observar e registrar a características das eliminações intestinais | ATENÇÃO |
| Monitorar glicose sérica como parâmetro para administração de insulina de 6/6 horas | 0 6 12 18 |
| Mobilizar locais de aplicação de insulina | conforme escala |
| Avaliar equilíbrio ácido-básico através da gasometria venosa e arterial 1 x ao dia ou SN | 08 SN |
| Manter o funcionamento e a permeabilidade das sondas | M T N |
| Proporcionar higiene oral antes e após as refeições | 6 12 18 24 |
| Manter registros de ingestão e eliminação exatos | M T N |
| Avaliar o estado nutricional pela avaliação clínica e análise laboratorial | M T N |
| Manter assepsia nos cuidados com a linha, nas mudanças de curativo e na preparação da solução. | M T N |
| Renal - 06/06/2007 às 13:58:10 | |
| Monitorar balanço hidroeletrólítico de 6/6 horas ou S/N | M T N |
| Avaliar e registrar as características da diurese (cor,aspecto,densidade) | S/N |
| Drenar e registrar o conteúdo bolsa do sistema coletor de 6/6 horas ou S/N | 06 12 18 24 ou SN |
| Observar e registrar as características do dreno | M T N |
| Manter a permeabilidade da sonda atentando para presença de coágulos. | M T N |
| Inspecionar a região supra púbica, avaliando a presença de globo vesical | M T N |
| Tegumentar - 06/06/2007 às 14:01:59 | |
| Avaliar integridade da pele 1 x ao dia | M |
| Monitorar os locais de fixação de sonda (mucosa oral e nasal) 1 x ao dia | M |
| Proteger área de apoio e pressão por meio do uso de colchão piramidal | M T N |
| Avaliar e registrar as condições de hidratação da pele | M T N |
| Avaliar padrão nutricional, solicitando dosagem sérica de zinco, conforme protocolo institucional | M |
| Hidratar pele ressecada e não hiperemiada 2 x ao dia | M T |
| Observar e registrar potenciais riscos de infecção e contaminação | ATENÇÃO |
| Proteger com coxins as proeminências ósseas | M T N |

| | |
|--|---------|
| Observar e registrar o aparecimento edema e hiperemia nas proeminências ósseas, pois evidenciam locais potenciais de úlcera de pressão | ATENÇÃO |
| Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados | M T N |
| Observar a integridade da pele no local de inserção de tubos, sondas, bolsas de colostomia ou outras | ATENÇÃO |
| Prevenir úlceras de pressão com a utilização do colchão piramidal e a rigorosa mudança de decúbito | M T N |
| Reprodutivo feminino - 06/06/2007 às 14:03:01 | |
| Avaliar presença de sinais de infecção no local da sonda | M T N |
| Biopsicosocial - 06/06/2007 às 14:06:57 | |
| Incentivar a família a participar da recuperação | M T N |
| Manter o paciente restrito no leito durante os episódios de agitação | SN |
| Proteger punhos e tornozelos, com algodão ortopédico e ataduras, no momento da contenção evitando isquemia | ATENÇÃO |
| Tranquilizar o paciente e sua família, oferecendo informações claras e objetivas | M T N |
| Promover medidas de segurança | M T N |
| Prevenir queda nos momentos de agitação ou inconsciência | M T N |
| Diminuir a ansiedade e segurar na mão sempre que necessário | SN |

Fonte: <http://www.nfrinfor.ufsc.br>

APÊNDICE C

| UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO | | | ESCALADESERVIÇO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--|-----------------|---|---|----|----|---|---|---|---|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|---|
| DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS | | | ESCALA UTI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mat07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME | FUNÇÃO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| LEILA C. TEIXEIRA | ENFCHEFE | | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | |
| | | | T | T | M | | | | M | T | T | T | M | | | T | M | T | T | M | | | M | T | M | T | M | | | M | T | T | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HILÁRIO M. NETO | ENF | | M | M | M | | | P | | M | M | M | M | | | | Fa | M | M | M | P | | | M | M | M | M | | | | M | M | M | |
| MICHEL FARACO | ENF | | * | * | F | E | R | I | A | S | * | T | | | P | M | M | | T | | | | T | Fha | M | M | M | P | | M | M | M | | |
| TAISE KLEIN | ENF | | T | | | | P | | * | * | * | * | * | * | * | F | E | R | I | A | S | * | * | * | * | * | * | * | * | * | T | T | T | T |
| SIMONE CIDADE | ENF | | M | M | | T | | | T | M | T | T | M | P | | M | T | T | M | T | | P | | T | T | T | T | | | T | M | M | | |
| LUIZ SCARDUELLI | ENF | | | | N | | | N | | | N | | | Fha | | | N | | | N | | | N | | | N | | | N | | N | | | |
| LUIZ CANEVER | ENF | | N | | | | Fa | | | N | | | N | Nhe | | N | | | N | | | N | | | N | | | N | Phe | N | | | | |
| VIVIANA FREIRE | ENF | | N | | N | | | | N | | | N | | | N | | | N | | | | | | N | | | N | | | N | | N | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLEIVA BUENO | AE | | M | M | M | M | P | | M | M | | M | M | | | M | M | | M | M | | | | M | M | M | | | P | | M | M | M | |
| JAQUELINE LEITE | TE | | M | M | M | M | | | M | M | M | | M | | P | | M | M | M | M | | | M | | M | M | | P | | | M | M | Fha | |
| MÁRCIA MARIANO | TE | | M | M | | | | P | M | M | | M | | P | | M | | M | M | M | P | | M | M | M | | M | | | M | M | M | | |
| MARISA C. DA SILVA | AE | | M | M | M | M | | P | M | | M | M | M | P | | M | M | M | | M | | | | M | | M | M | M | P | | M | M | M | |
| VIVIANE MARTINS | TE | | T | | | Fa | | | * | * | * | * | * | F | E | R | I | A | S | * | * | * | * | M | M | M | M | P | | | M | M | M | |
| JOICE MAY | TE | | T | M | M | M | | P | | M | M | M | M | | | M | M | M | M | | P | | M | M | | | | | | M | M | M | M | |

[illegible]

APÊNDICE D

| UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO | | | ESCALA DE SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|----|-------------------|---|---|---|---|-----|---|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|---|
| DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS | | | ESCALA UTI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jun/07 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| NOME | FUNÇÃO | | S | S | D | S | T | Q | T | Q | S | S | D | S | T | Q | S | S | D | S | T | Q | S | S | D | S | T | Q | S | T | Q | S | |
| LEILA C. TEIXEIRA | ENFCHEFE | M | M | | | T | T | T | | Fha | | | T | M | T | T | M | | | | M | T | M | T | M | | T | T | T | T | T | M | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HILÁRIO M. NETO | ENF | M | | | M | | | Fha | | M | | | | M | M | M | M | P | | | | M | M | M | M | P | M | | M | M | M | | |
| MICHEL FARACO | ENF | T | | | P | | | M | M | | P | | M | M | M | | M | | | M | M | M | M | M | | M | M | M | M | M | | | |
| TAISE COSTA RIBEIRO KLEIN | ENF | T | | | | | | T | T | T | | | T | T | T | L | L | | P | | T | T | T | T | | T | | M | T | T | | P | |
| SIMONE CIDADE | ENF | | Phe | | | | M | M | | | P | M | T | M | T | M | T | | | Fha | T | T | M | T | P | | | M | T | | T | T | |
| LUIZ SCARDUELLI | ENF | N | | | | | N | | | N | | | N | | N | | | | N | | | N | | N | | N | | N | | | N | | N |
| LUIZ ANTONIO CANEVER | ENF | N | | | N | | | N | | | N | | | | | | | N | | | N | | N | | | N | | | | | | | N |
| VIVIANA FREIRE | ENF | | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLEIVA BUENO | AE | M | P | P | M | | | M | | | | | | M | | M | M | | | | | M | M | M | | P | M | | M | M | M | M | |
| JAQUELINE LEITE | TE | * | * | * | F | É | R | I | A | S | | | * | * | * | * | * | | | | M | M | M | M | | M | | M | | M | M | P | |
| MÁRCIA MARIANO | TE | M | | | M | | | M | | M | | P | M | M | | M | Fa | | | M | M | M | M | | M | | M | | M | M | M | P | |
| MARISA C. DA SILVA | AE | M | | | P | M | M | M | | M | | | M | F | M | | M | P | | M | M | M | M | | | M | | M | M | M | M | M | |
| VIVIANE MARTINS | TE | M | P | P | M | M | | M | | | | | M | M | M | M | | M | P | | | M | M | | | | | M | M | M | | | |
| JOICE MAY | TE | M | P | | M | M | | M | | M | | | | | M | M | M | | P | M | | M | M | | | | | | M | M | M | P | |
| VANESSA BEATRIZ | AE | FH | | | M | | | P | | P | | | M | M | M | | M | | | | | M | M | | P | P | M | M | M | M | M | M | M |
| FABIANE WEISS | TE | F | | | M | M | | M | | M | | | M | M | M | M | M | | | | M | | M | M | | P | M | M | | | | | M |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRIANA MIRANDA | TE | | | | P | T | | | | | P | | T | T | T | T | | P | | | T | T | T | T | | Phe | T | T | T | | | | |
| FRANCISCO JOSÉ PINHEIRO | AE | T | P | P | | | | T | | P | | T | T | | | T | T | | | T | T | T | T | | | | T | | | T | T | T | |
| FLÁVIA BOSSI SAVI | TE | T | | | T | T | T | P | T | T | | P | T | T | T | T | T | | | T | | T | T | | | | | T | | | | | P |
| GISELLE BORBA | TE | T | P | | | | | T | T | T | | P | | | FH | | T | | | * | * | * | * | F | É | R | I | A | S | * | * | * | * |

[illegible]

APÊNDICE E

ESCALA DE LEITOS - MAIO 2007

| | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q |
| CLEIVA | 3 | 1/2 | 7 | 6 | 3 | * | 5 | 4 | * | 1/2 | 3 | * | * | 7 | 5 | * | 4/5 | 3 | * | * | * | 1/2 | 4 | 6 | * | * | 1/2 | * | 7 | 3 | 6 |
| JAQUELINE | 6/7 | 3 | 1/2 | 7 | * | * | 4 | 3 | 4/5 | * | 6 | * | 7 | * | 1/2 | 3 | 6 | 7 | * | * | 4/5 | * | 6 | 7 | * | 1/2 | * | * | 3 | 6 | * |
| MÁRCIA | * | 4 | 3 | * | * | 1/2 | 7 | 5 | * | 3 | * | 6 | * | 1/2 | * | 4 | 3 | 6 | 1/2 | * | 7 | 4 | 5 | * | 4/5 | * | * | 3 | 6 | * | 1/2 |
| MARISA | * | 5 | 4 | 1/2 | * | 3 | 6 | * | 7 | 4 | 1/2 | 7 | * | 6 | 4 | 5 | * | 4/5 | * | * | 1/2 | * | 3 | 4 | 7 | 4/5 | * | 7 | * | 1/2 | 5 |
| VIVIANE | 2 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | 5 | 1/2 | 3 | 6 | 7 | * | * | 1/2 | 4 | 7 |
| JOICE | 4/5 | 6 | 5 | 3 | * | 7 | * | 1/2 | 6 | 5 | 7 | * | * | 4/5 | 3 | 7 | 1/2 | * | 4/5 | * | 6 | 7 | * | * | 1/2 | * | * | 4/5 | * | 7 | 3 |
| DARTANHAN | 2 | 7 | 6 | 4/5 | * | * | 3 | 7 | 1/2 | 6 | * | * | 4/5 | * | 7 | 6 | * | 1/2 | * | * | 3 | 6 | * | 1/2 | 3 | * | 7 | 6 | 5 | * | 4 |
| VANESSA | 4/5 | * | * | * | * | * | 1/2 | 6 | 3 | 7 | 4/5 | * | * | 3 | 6 | 1/2 | 7 | * | 6 | 4/5 | * | 3 | 7 | 5 | * | * | 1/2 | 4 | 5 | * | * |
| ADRIANA | 1 | * | 6 | 4 | * | * | * | 1/2 | 3 | 6 | * | 3 | * | 1/2 | 5 | 3 | 7 | * | * | * | 1/2 | * | * | 7 | 3 | * | 4/5 | 6 | * | 7 | 5 |
| FRANCISCO | * | 1/2 | 7 | * | 4/5 | * | * | 3 | 4 | 1/2 | 6 | * | 3 | 5 | 7 | * | 2 | * | 7 | * | 6 | * | 1/2 | 3 | * | * | 6 | * | 4 | 1/2 | * |
| FLÁVIA | * | 3 | * | 5 | * | 6 | 1/2 | 4 | * | 7 | * | 4/5 | * | 6 | 3 | 7 | 4 | * | 3 | * | 5 | 1/2 | 6 | 4 | * | * | 1/2 | 3 | 6 | * | * |
| GISELLE | * | 4 | 1/2 | 6 | 7 | * | 3 | * | 5 | * | 1/2 | * | * | * | 6 | 4/5 | * | 7 | * | 1/2 | * | 3 | 4 | * | 7 | 6 | * | 5 | 1/2 | 3 | 7 |
| Mª FÁTIMA | * | * | * | 7 | * | 4/5 | 6 | * | 1/2 | 3 | 7 | * | 6 | 4 | * | 1/2 | 3 | 6 | * | * | 7 | * | 5 | 1/2 | 6 | 3 | * | 7 | * | 5 | 4 |
| SELMA | 6/7 | 5 | 3 | 1/2 | * | * | * | 5 | 7 | 4 | 3 | 1/2 | * | * | 4 | * | 5 | 1/2 | * | * | 3 | 4/5 | 7 | 5 | * | * | 3 | * | 6 | 4 | 1/2 |
| ZURITA | 3 | 6 | 4 | 3 | 1/2 | * | 7 | 6 | * | * | 4/5 | * | * | 7 | 1/2 | * | 6 | 3 | * | 6/7 | 4 | 7 | * | 6 | 4/5 | * | * | 3 | 7 | * | 6 |
| BERENICE | * | 7 | 5 | * | 6 | * | 4/5 | 7 | 6 | 5 | * | * | 1/2 | 3 | * | 6 | 1 | 4/5 | * | 3 | * | 6 | 3 | * | 1/2 | * | * | 4 | 5 | * | 3 |

APÊNDICE F

ESCALA DE LEITOS - JUNHO 2007

| | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
|-----------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | |
| CLEIVA | 4/5 | 6 | 3 | 7 | * | 1/2 | * | * | * | * | * | 6 | * | 7 | 4/5 | * | * | * | 6 | 3 | 5 | 1/2 | * | 4/5 | 3 | * | 4 | 5 | 6 | * | |
| JAQUELINE | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | 4/5 | 3 | 6 | 1/2 | 5 | * | * | 4/5 | * | 7 | 1/2 | * | 4/5 | |
| MÁRCIA | 7 | * | * | * | 1/2 | * | 5 | 7 | * | 6 | 1/2 | 4/5 | * | 6 | * | * | * | 1/2 | 7 | * | 3 | 4 | * | * | 7 | 4/5 | * | 6 | 3 | 1/2 | |
| MARISA | 3 | * | 7 | 4/5 | 6 | 4/5 | * | 1/2 | * | * | 6 | * | 6 | * | 1/2 | 7/5 | * | 6 | 4/5 | 7 | * | 6 | * | * | 1/2 | 3 | 6 | * | 7 | * | |
| VIVIANE | 1/2 | 7 | 6 | 6 | 4/5 | 7 | * | * | * | * | 4/5 | 7 | 3 | 1/2 | * | 8 | 6 | * | * | 4 | 7 | * | * | * | * | 1/2 | 3 | 4 | * | * | |
| JOICE | 6 | 1/2 | 4 | 3 | 7 | 6 | * | 4/5 | * | * | * | * | 1/2 | 3 | 7 | * | 4/5 | 3 | * | 5 | 6 | 7 | * | * | * | 1/2 | 7 | * | 4/5 | * | |
| FABIANE | * | * | * | 1º dia | 3 | 3 | * | 3 | 6 | * | 3 | 1/2 | 7 | 4/5 | 3 | * | * | 7 | * | 1/2 | * | 3 | * | 1/2 | 6 | 7 | * | * | 1/2 | 3 | |
| VANESSA | * | * | * | 1/2 | * | * | 4/5 | 6 | * | * | 7 | 3 | 4/5 | * | 6 | * | * | * | 1/2 | * | 4 | * | 1/2 | 6 | * | 6 | 5 | 3 | 4/5 | * | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRIANA | * | * | 4/5 | 7 | 4/5 | * | * | * | 1/2 | * | 3 | 4/5 | 1/2 | 4 | * | 5 | * | 7 | 4/5 | 3 | 6 | 4/5 | * | * | 6 | 7 | 1/2 | * | * | * | |
| FRANCISCO | 4/5 | * | 1/2 | * | 7 | * | 5 | 7 | 4/5 | * | 6 | * | * | 1/2 | 7 | * | * | 1/2 | * | 4/5 | 3 | * | * | * | 1/2 | * | * | 4/5 | 3 | * | |
| FLÁVIA | * | * | * | 6 | 3 | 3 | * | 1/2 | * | 4/5 | 7 | 6 | 3 | 5 | 1/2 | * | * | 4/5 | * | * | 1/2 | * | * | * | * | 4/5 | * | 3 | * | 6 | |
| GISELLE | 7 | 3 | * | * | 1/2 | 7 | * | * | * | 1/2 | * | * | * | * | 6 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | |
| Mª FÁTIMA | 6 | * | * | 1/2 | * | 4/5 | * | * | * | * | 1/2 | 3 | 4/5 | 7 | 3 | 1/2 | 7/5 | * | 1/2 | 6 | * | 7 | 4/5 | * | 3 | * | 4/5 | 6 | 7 | * | |
| SELMA | 3 | * | * | * | * | 6 | 1/2 | 3 | * | * | 4/5 | 7 | 6 | 3 | * | * | 1/2 | * | 7 | 1/2 | * | 3 | 7 | * | 1/2 | 7 | 1/2 | 6 | * | * | |
| ZURITA | 1/2 | 4/5 | * | 3 | 6 | * | * | 4/5 | * | 7/5 | * | 1/2 | 7 | 6 | * | 4/5 | * | 6 | 3 | * | 7 | 1/2 | * | * | 4/5 | 3 | 6 | * | 1/2 | * | |
| BERENICE | * | * | * | 4/5 | * | 1/2 | * | * | 7/5 | * | * | * | * | * | 4/5 | * | 5 | 3 | 6 | 7 | 4/5 | 6 | 5 | * | 7 | 6 | 3 | 7 | 4/5 | * | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUDINEIA | * | * | * | * | * | * | * | * | 3 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ADELINO | * | * | * | * | * | * | * | * | 3 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |

ATENÇÃO: FAVOR NÃO RASURAR, NEM PLASTIFICAR DEVIDO AS DIVERSAS MUDANÇAS QUE OCORREM DURANTE O MÊS E QUE NECESSITAM ALTERAÇÕES.

Obrigada. Enfª. Leila

APÊNDICE G

MEMORANDO 035 UTI/ HU

PARA: Serviço de Processamento de Roupas

DE: Unidade de Terapia Intensiva

ASSUNTO: MUDANÇA NO HORÁRIO DE ENTREGA DE ROUPAS

DATA: 02/05/2007

Venho por meio deste solicitar ao Serviço de Lavanderia/ HU que as roupas da Unidade de Terapia Intensiva – UTI – sejam enviadas por volta das 17:00h, já que este é o horário em que realizamos todas as trocas dos pacientes. No presente momento, as roupas estão sendo enviadas às 18:00h o que ocasiona a falta de roupas no momento das trocas e atraso de todo o trabalho dos funcionários, prejudicando, desta forma, a assistência de enfermagem prestada.

Atenciosamente,

APÊNDICE H

PARECER TÉCNICO

PARA: DPI

DE: Unidade de Terapia Intensiva

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO DE UMA CAMA

DATA: 02/05/2007

A cama possui grades encaixáveis, mas devido o colchão e roupas de cama utilizadas, o encaixe das grades torna-se dificultado havendo necessidade de força física dos funcionários para encaixá-la. A grade também é pesada e qualquer descuido ocasiona acidentes. Vale ressaltar que vários funcionários já tiveram seus dedos “trancados” no manejo desta cama, causando-lhes lesões, que foram devidamente notificadas no Serviço de Saúde Ocupacional deste hospital. Em resumo: esta cama necessita de força física dos funcionários, os põe em risco constante de acidentes de trabalho, ou seja, não é funcional.

APÊNDICE I

PARECER TÉCNICO

PARA: DPI

DE: Unidade de Terapia Intensiva

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO DE UMA CAMA

DATA: 02/05/2007

A cama possui grades encaixáveis, mas devido o colchão e roupas de cama utilizadas, o encaixe das grades torna-se dificultado havendo necessidade de força física dos funcionários para encaixá-la. A grade também é pesada e qualquer descuido ocasiona acidentes. Vale ressaltar que vários funcionários já tiveram seus dedos “trancados” no manejo desta cama, causando-lhes lesões, que foram devidamente notificadas no Serviço de Saúde Ocupacional deste hospital. Em resumo: esta cama necessita de força física dos funcionários, os põe em risco constante de acidentes de trabalho, ou seja, não é funcional.

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS
FENÔMENOS DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Data/ Hora: _____

Idade: _____ Situação Conjugal: _____

Nível Escolaridade: _____ Procedência: _____

| Data e hora da admissão | Procedência | Diagnóstico Médico |
|-------------------------|-------------|--------------------|
| Sinais Vitais | | |
| PA: | P: | R: |
| PIC: | PVC: | PAP: |
| | DC: | PCP: |
| PAM: | PPC: | |
| | IC: | |

Motivo trauma, percepções:

Escala de Trauma Progressivo: Locais e extensão:

1. Avaliação Cardiovascular:

Pele: ☐ Pálida ☐ Cianótica ☐ Enrubescida ☐ Quente e seca ☐ Fria úmida ☐ Com manchas

Outras: _____

Edema: ☐ Ausência localização/ grau (1+ à 4+ = 2mm; 4mm ++; 6mm +++; 8mm ++++)

Bulhas cardíacas: ☐ S1 S2 (normal) ☐ Outros:

Ritmo Cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Outros:

☐ Sopro/ frêmito presente:

Pulsos:

Distais: Dorso do pé: D _____ E _____

Radial: D _____ E _____ Outro:

Outros:

(S= saltatório; N= normal; F= fraco; D= Doppler; A= ausente)

Enchimento capilar: ☐ Rápido (nl) ☐ Lento (> que 1s)

Jugulares: ☐ Planas ☐ Distendidas

Acesso Vascular: ☐ Nenhum ☐ Sim Tipo:

Dor torácica: ☐ Sim ☐ Não Características:

Drenagem de Mediastino:

Balanco de Sangue e expansores:

Balanco Hidroeletrolítico

MPA ☐ Síncrono ☐ Assíncrono: _____ bpm

Outras observações:

2. Avaliação Respiratória:

Ritmo: ☐ Regular ☐ Irregular/ desc.

Sons respiratórios:

Raio X:

Tosse: ☐ Nenhuma ☐ Produtiva ☐ Não-Produtiva

Expectoração: ☐ Nenhuma Características:

Oxigênio: ☐ Nenhum Tipo: _____ FiO2:

Oxímetro: _____ O2

Capnógrafo: _____CO2

Ventilação Mecânica

Modalidade: _____ PPI: _____ PEEP: _____

Pressão do cuff: _____

Dispneia: ☐ Nenhuma ☐ Leve/ Moderada/ Grave

Dreno torácico: ☐ Nenhum Localização: _____

Drenagem torácica: _____

Outras observações: _____

3. Avaliação Neurológica:

Responsividade: () Alerta () Vigília () Letárgico () Torporoso () Semicomatoso () Comatoso

Glasgow: ()

() **Abertura dos olhos:** 4- espontânea 3- fala 2- dor 1- nenhuma

() **Resposta verbal:** 5- orientada 4- conversações confusas 3- palavras impróprias
2- sons distorcidos 1- ausência de resposta

() **Resposta motora:** 6- obedece aos comandos 5- localiza os estímulos
4- afastamento do estímulo 3- decorticação
2- descerebração 1- ausência de resposta

Déficit: _____

Pupilas (indique o número)

Tamanho: Direita _____ Esquerda _____

Direita: rápida/ lenta/ fixa

Reação:

Esquerda: rápida/ lenta/ fixa

Orientação: (sim ou não) Pessoa _____ Local _____ Tempo _____

Descrever: _____

Estado emocional: _____

Pesquisa dos reflexos:

Reflexo Corneano ☐ Presente ☐ Ausente

Reflexo Consensual ☐ Presente ☐ Ausente

Reflexo Glossofaríngeo ☐ Presente ☐ Ausente

Reflexo Óculocefálico ☐ Presente ☐ Ausente

Reflexo Babinski ☐ Presente ☐ Ausente

Reflexo de Brudzinski ☐ Presente ☐ Ausente

Sinal de Kernig ☐ Presente ☐ Ausente

Reflexo oculovestibular ☐ Presente ☐ Ausente

Teste de Apnéia (descrever):

Movimentos involuntários como: Convulsões, espasmos ou assimetria da função motora.

Outros:

4. Avaliação Renal:

Cateter: ☐ Nenhum Tipo/ data:

Volume Diurese:

Características urina:

Balanço Hidroeletrolítico:

Outros:

5. Avaliação Sistema Reprodutivo:

F: ☐ Corrimento/ sangramento vaginal Outros:

M: ☐ Corrimento peniano Características:

6. Avaliação Gastrointestinal:

SNG: ☐ Sim ☐ Não ☐ Verificação da posição

Conteúdo gástrico: ☐ Nenhum Quantidade:

Características:

Êmeses: ☐ Nenhum Características:

SNE: ☐ Sim ☐ Não

Alimentação (descrever):

RHA: ☐ Normais ☐ Hiperativos ☐ Hipoativos ☐ Ausentes

Abdômen: ☐ Macio ☐ Firme ☐ Plano ☐ Distendido

Outros:

7. Avaliação Músculoesquelético:

Déficit muscular: ☐ Nenhum

Tipo/ Local:

Fratura: ☐ Sim ☐ Não Local/ Tipo:

8. Avaliação Intertegumentar:

| | |
|------------------|---------------|
| Q – queimadura | A – amputação |
| EQ – equimose | P – pressão |
| AS – áreas secas | C – curativos |
| L – laceração | E – erupção |

Instrumento testado previamente em 1999, 2000 e 2002 por Dal Sasso em estudos relacionados com a Metodlogia da Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva.

ANEXO 02

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

- Ventilação Mecânica Adequada
- Ventilação Mecânica Inadequada
- Risco Elevado para Infecção Respiratória
- Risco para Infecção Respiratória
- Acidose Respiratória Elevada
- Acidose Respiratória Moderada
- Acidose Respiratória Leve
- Alcalose Respiratória Elevada
- Alcalose Respiratória Moderada
- Alcalose Respiratória Leve
- Acidose Mista Elevada
- Acidose Mista Moderada
- Acidose Mista Leve
- Alcalose Mista Elevada
- Alcalose Mista Moderada
- Alcalose Mista Leve
- Alcalose Mista Compensada
- Acidose Compensada
- Alcalose Compensada
- Parâmetros Gasométricos Adequados
- Parâmetros Gasométricos Inadequados
- Resposta Ventilatória Adequada
- Resposta Ventilatória Inadequada
- Resposta ao Desmame Ventilatório Adequado
- Resposta ao Desmame Ventilatório Inadequado
- Hiperóxia pela ventilação mecânica
- Limpeza das vias aéreas inadequada
- Limpeza das vias aéreas adequada
- Processo respiratório adequado
- Processo respiratório inadequado
- Sistema respiratório comprometido
- Expectoração adequada
- Expectoração inadequada
- Expectoração aumentada
- Expectoração diminuída
- Aspiração orotraqueal aumentada
- Aspiração orotraqueal diminuída
- Aspiração orotraqueal eficaz
- Aspiração orotraqueal ineficaz
- Tosse inadequada
- Tosse adequada e efetiva
- Tosse aumentada e sem expectoração
- Tosse diminuída e sem expectoração
- Tosse aumentada e com expectoração
- Tosse diminuída e com expectoração
- Dispnéia aumentada aos pequenos e médios esforços
- Troca de gases inadequada
- Troca de gases adequada
- Ventilação espontânea normal
- Ortopnéia noturna aumentada
- Ortopnéia contínua aumentada
- Hiperventilação ininterrupta
- Hiperventilação progressiva
- Hipoventilação ininterrupta
- Hipoventilação progressiva
- Obstrução acentuada de vias aéreas
- Hipóxia severa
- Potencial para aumento da hipóxia
- Sufocação grave
- Fadiga em progresso
- Potencial para exaustão
- Perfusão e saturação tissular adequada
- Perfusão e saturação tissular inadequada
- Sangramento torácico aumentado
- Sangramento torácico diminuído
- Sangramento torácico normal
- Potencial para hemorragia torácica
- Congestão pulmonar aumentada
- Congestão pulmonar grave
- Congestão pulmonar leve
- Dependente de ventilação mecânica em volume controlado
- Dependente de ventilação mecânica em pressão controlada
- Pulmões limpos e bem ventilados

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Sistema cardiovascular normal
- Sistema cardiovascular alterado
- Pulso apical alterado
- Pulso apical normal
- Sinais vitais alterados
- Sinais vitais controlados
- Sinais vitais normais
- Arritmia ventricular em nível aumentado
- Arritmia ventricular de mesmo nível
- Arritmia ventricular diminuída
- Arritmia supraventricular de mesmo nível
- Arritmia supraventricular diminuída
- Arritmia supraventricular em nível aumentado
- Bradicardia aumentada
- Bradicardia atual
- Bradicardia de mesmo nível
- Bradicardia controlada
- Potencial para bradicardia
- Potencial para taquicardia
- Taquicardia controlada
- Taquicardia aumentada
- Taquicardia de mesmo nível
- Taquicardia atual
- Taquicardia paroxística supraventricular com fv elevada
- Taquicardia paroxística supraventricular com fv normal
- Flutter atrial com FV elevada
- Flutter atrial com FV normal
- Fibrilação atrial elevada
- Fibrilação atrial controlada
- ESV esporádica
- ESV unifocal
- ESV multifocal

- ESV em salva
- ESV sustentada
- Potencial para taquicardia ventricular sem pulso
- Potencial para fibrilação ventricular
- Potencial para assistolia
- Potencial para bloqueio de ramo E
- Potencial para bloqueio de ramo D
- Potencial para bloqueio de 1º grau
- Potencial para bloqueio de 2º grau tipo mobitz I
- Potencial para bloqueio de 2º grau tipo mobitz 2
- Potencial para BAVT
- Potencial para hipovolemia
- Potencial para hipotensão
- Potencial para hipertensão
- Risco para choque
- Hipotensão controlada
- Hipotensão relativa
- Hipotensão severa
- Hipertensão relativa
- Hipertensão severa
- Hipertensão controlada
- Hipovolemia controlada
- Hipovolemia em progresso
- Processo vascular alterado
- Processo vascular normal
- Potencial para choque cardiogênico
- Choque cardiogênico severo
- Choque cardiogênico inalterado
- Potencial para choque hipovolêmico
- Choque hipovolêmico severo
- Choque hipovolêmico inalterado
- Potencial para choque anafilático
- Choque anafilático inalterado
- Choque anafilático severo
- Potencial para choque séptico
- Choque séptico inalterado
- Choque séptico severo
- Potencial para choque vasogênico
- Choque vasogênico inalterado
- Choque vasogênico severo
- Potencial para choque neurogênico
- Choque neurogênico inalterado
- Choque neurogênico severo
- Perfusão tissular inadequada
- Perfusão tissular adequada
- Perfusão tissular diminuída
- Perfusão tissular aumentada
- Hematoma controlado
- Hematoma acentuado
- Equimoses difusas
- Potencial para sangramento
- Sangramento aumentado
- Sangramento diminuído
- Sangramento de mesmo nível
- Sangramento controlado
- Potencial para infecção
- Débito cardíaco alterado
- Débito cardíaco controlado
- Débito cardíaco adequado
- Desidratação hipertônica controlada
- Desidratação hipertônica severa
- Desidratação hipotônica controlada
- Desidratação hipotônica severa
- Desidratação isotônica sem sinais de sede
- Potencial para desidratação
- Hidratação hipertônica excessiva
- Hidratação hipertônica controlada
- Hidratação hipotônica controlada
- Hidratação hipotônica acentuada
- Hidratação isotônica controlada
- Hidratação isotônica acentuada
- Volume de fluidos alterados
- Dor isquêmica acentuada
- Dor isquêmica controlada
- Dor isquêmica ausente
- Resposta ao tratamento inadequada
- Resposta ao tratamento adequada
- Resposta a terapia de fluidos inadequada
- Resposta a terapia de fluidos adequada
- Resposta a terapia de sangue adequada
- Resposta a terapia de sangue inadequada
- Desquilíbrio hidroeletrólítico acentuado
- Desequilíbrio hidroeletrólítico controlado
- Desquilíbrio hidroeletrólítico mantido
- Hipercalcemia severa
- Hipercalcemia controlada
- Hipercalcemia ao nível esperado
- Hipocalcemia ao nível esperado
- Hipocalcemia controlada
- Hipocalcemia severa
- Hipernatremia severa
- Hipernatremia em nível esperado
- Hipernatremia controlada
- Hiponatremia severa
- Hiponatremia em nível esperado
- Hiponatremia controlada
- Hipocalemia severa
- Hipocalemia em nível esperado
- Hipocalemia controlada
- Hipercalemia severa
- Hipercalemia em nível esperado
- Hipercalemia controlada
- Hipomagnesemia severa
- Hipomagnesemia em nível esperado
- Hipomagnesemia controlada
- Hipermagnesemia severa
- Hipermagnesemia em nível esperado
- Hipermagnesemia controlado
- Hipofosfatemia controlada
- Hipofosfatemia grave
- Hipofosfatemia de nível esperado
- Hiperfosfatemia elevada
- Hiperfosfatemia controlada
- Intolerância à atividade leve
- Intolerância à atividade grave
- Retenção de fluido acentuada
- Retenção de fluido controlada
- Potencial para retenção de fluido
- Processo circulatório venoso adequado
- Processo circulatório venoso inadequado

- Processo circulatório arterial adequado
- Processo circulatório arterial inadequado
- Hipertermia grave
- Hipertermia leve
- Hipertermia moderada
- Hipotermia grave
- Hipotermia leve
- Hipotermia moderada
- Calafrios graves
- Calafrios leves
- Suscetibilidade à infecção elevada
- Suscetibilidade à infecção leve
- Infecção cruzada grave
- Infecção cruzada leve
- Infecção leve

- Infecção moderada
- Infecção grave
- Infecção generalizada
- Edema grave
- Edema leve
- Edema moderado
- Anasarca grave
- Anasarca moderada
- Anasarca leve
- Status de perfusão de tecidos elevado
- Status de perfusão de tecidos normal
- Status de perfusão de tecidos diminuído
- Acesso intravenoso normal
- Acesso intravenoso anormal

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA NEUROLÓGICO

- Delírio elevado
- Delírio diminuído
- Agnosia elevado
- Agnosia diminuído
- Pensamento comprometido
- Consciência comprometida
- Pensamento distorcido leve
- Pensamento distorcido moderado
- Pensamento distorcido grave
- Coma profundo
- Coma superficial
- Sonolência leve
- Sonolência moderada
- Sonolência grave
- Responsividade inalterada
- Torpor leve
- Torpor moderado
- Torpor grave
- Dislalia leve
- Dislalia moderada
- Dislalia grave
- Disfagia leve
- Disfagia moderada
- Disfagia grave
- Afasia leve
- Afasia moderada
- Afasia grave
- Potencial para disgrafia
- Amnésia leve
- Amnésia moderada
- Amnésia grave
- Trauma crânio encefálico leve
- Trauma crânio encefálico moderado
- Trauma crânio encefálico grave
- Trauma químico leve
- Trauma químico moderado
- Trauma químico grave
- Trauma processo patológico leve
- Trauma processo patológico moderado
- Trauma processo patológico grave

- Trauma mecânico (acidente automobilístico) elevado
- Trauma mecânico (acidente automobilístico) leve
- Trauma mecânico (acidente automobilístico) moderado
- Trauma por radiação leve
- Trauma por radiação moderado
- Trauma por radiação grave
- Potencial para morte por trauma
- Percepção alterada
- Tontura leve
- Tontura moderado
- Tontura grave
- Audição comprometida
- Visão comprometida
- Olfato comprometido
- Paladar alterado
- Disreflexia grave
- Disreflexia moderada
- Disreflexia leve
- Resposta a anestesia adequada
- Resposta a anestesia inadequada
- Atividade psicomotora anormal
- Atividade psicomotora normal
- Potencial para coma
- Potencial para desorientação
- Sistema nervoso alterado
- Sistema nervoso inalterado
- Pressão intracraniana aumentada
- Pressão intracraniana diminuída
- Pressão intracraniana normal
- Consciência preservada
- Consciência comprometida
- Orientação no tempo e no espaço preservada
- Orientação no tempo e no espaço comprometida
- Trauma dos ossos da face leve
- Trauma dos ossos da face moderado
- Trauma dos ossos da face grave
- Trauma de vértebras leve
- Trauma de vértebras moderado
- Trauma de vértebras grave
- Convulsão leve
- Convulsão moderada

- Convulsão grave
- Capacidade adaptativa intracraniana adequada
- Capacidade adaptativa intracraniana inadequada
- Choque neurogênico leve
- Choque neurogênico grave
- Choque neurogênico moderado
- Processo neurovascular alterado
- Processo neurovascular elevado
- Processo neurovascular diminuído
- Processo neurovascular controlado
- Processo neurovascular compensado
- Potencial para alteração no processo neurovascular
- Tremor senil leve
- Tremor senil moderado
- Tremor senil grave
- Reflexo motor leve
- Reflexo motor moderado
- Reflexo motor grave
- Reflexo motor comprometido
- Disreflexia autônoma leve
- Disreflexia autônoma moderada
- Disreflexia autônoma grave
- Reflexo pupilar presente
- Reflexo pupilar ausente
- Dor por fratura elevada
- Dor por fratura leve
- Dor por fratura moderada
- Dor por artrite elevada
- Dor por artrite leve
- Dor por artrite moderada
- Dor musculoesquelética elevada
- Dor musculoesquelética leve
- Dor musculoesquelética moderada
- Dor intermitente elevada
- Dor intermitente leve
- Dor intermitente moderada
- Dor óssea elevada
- Dor óssea leve
- Dor óssea moderada
- Entorse grave
- Entorse leve
- Entorse moderada
- Dor muscular grave
- Dor muscular leve
- Dor muscular moderada
- Espasticidade aumentada
- Espasticidade diminuída
- Movimento comprometido
- Luxação grave
- Luxação leve
- Luxação moderada
- Potencial para fratura de MMII
- Potencial para fratura de MMSS
- Fratura grave
- Fratura leve
- Fratura moderada
- Potencial para pé-equino
- Tecidos moles prejudicado
- Sistema musculoesquelético interrompido
- Processo do sistema musculoesquelético comprometido
- Tremor (musculoesquelético) grave
- Tremor (musculoesquelético) leve
- Tremor (musculoesquelético) moderada
- Processo de contratura muscular grave
- Processo de contratura muscular leve
- Processo de contratura muscular moderada
- Rigidez articular grave
- Rigidez articular leve
- Rigidez articular moderada
- Paralisia (perda de função de um membro ou órgão) grave
- Paralisia (perda de função de um membro ou órgão) leve
- Paralisia (perda de função de um membro ou órgão) moderada
- Contratura das articulações grave
- Contratura das articulações leve
- Contratura das articulações moderada
- Paresia grave
- Paresia leve
- Paresia moderada
- Parestesia generalizada
- Paralisia generalizada grave
- Paralisia generalizada leve
- Paralisia generalizada moderada
- Paralisia MID grave
- Paralisia MID leve
- Paralisia MID moderada
- Paralisia MIE grave
- Paralisia MIE leve
- Paralisia MIE moderada
- Paralisia MMII grave
- Paralisia MMII leve
- Paralisia MMII moderada
- Paralisia MMSS grave
- Paralisia MMSS leve
- Paralisia MMSS moderada
- Paralisia MSD grave
- Paralisia MSD leve
- Paralisia MSD moderada
- Paralisia MSE grave
- Paralisia MSE leve
- Paralisia MSE moderada
- Trauma por transferência hospitalar de leito grave
- Trauma por transferência hospitalar de leito leve
- Trauma por transferência hospitalar de leito moderada
- Trauma por transferência hospitalar de unidade grave
- Trauma por transferência hospitalar de unidade leve
- Trauma por transferência hospitalar de unidade moderada
- Trauma elétrico leve
- Trauma elétrico moderada
- Trauma elétrico grave
- Trauma químico grave
- Trauma químico leve
- Trauma químico moderada
- Trauma por radiação a laser grave
- Trauma por radiação a laser leve
- Trauma por radiação a laser moderada
- Contusão grave
- Contusão leve
- Contusão moderada
- Dor fantasma grave

- Dor fantasma leve
- Dor fantasma moderada
- Capacidade para andar prejudicada
- Taxa de criminalidade elevada
- Taxa de mortalidade elevada
- Taxa de traumatismos elevada
- Mutilação de MSD parcial
- Mutilação de MSD total

- Mutilação de MSE parcial
- Mutilação de MSE total
- Mutilação de MIE parcial
- Mutilação de MIE total
- Mutilação de MID parcial
- Mutilação de MID total
- Mutilação genital parcial
- Mutilação genital total

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- Dor por fratura elevada
- Dor por fratura leve
- Dor por fratura moderada
- Dor por artrite elevada
- Dor por artrite leve
- Dor por artrite moderada
- Dor musculoesquelética elevada
- Dor musculoesquelética leve
- Dor musculoesquelética moderada
- Dor intermitente elevada
- Dor intermitente leve
- Dor intermitente moderada
- Dor óssea elevada
- Dor óssea leve
- Dor óssea moderada
- Entorse grave
- Entorse leve
- Entorse moderada
- Dor muscular grave
- Dor muscular leve
- Dor muscular moderada
- Espasticidade aumentada
- Espasticidade diminuída
- Movimento comprometido
- Luxação grave
- Luxação leve
- Luxação moderada
- Potencial para fratura de MMII
- Potencial para fratura de MMSS
- Fratura grave
- Fratura leve
- Fratura moderada
- Potencial para pé-equino
- Tecidos moles prejudicado
- Sistema musculoesquelético interrompido
- Processo do sistema musculoesquelético comprometido
- Tremor (musculoesquelético) grave
- Tremor (musculoesquelético) leve
- Tremor (musculoesquelético) moderada
- Processo de contratura muscular grave
- Processo de contratura muscular leve
- Processo de contratura muscular moderada
- Rigidez articular grave
- Rigidez articular leve
- Rigidez articular moderada
- Paralisia (perda de função de um membro ou órgão) grave

- Paralisia (perda de função de um membro ou órgão) leve
- Paralisia (perda de função de um membro ou órgão) moderada
- Contratura das articulações grave
- Contratura das articulações leve
- Contratura das articulações moderada
- Paresia grave
- Paresia leve
- Paresia moderada
- Parestesia generalizada
- Paralisia generalizada grave
- Paralisia generalizada leve
- Paralisia generalizada moderada
- Paralisia MID grave
- Paralisia MID leve
- Paralisia MID moderada
- Paralisia MIE grave
- Paralisia MIE leve
- Paralisia MIE moderada
- Paralisia MMII grave
- Paralisia MMII leve
- Paralisia MMII moderada
- Paralisia MMSS grave
- Paralisia MMSS leve
- Paralisia MMSS moderada
- Paralisia MSD grave
- Paralisia MSD leve
- Paralisia MSD moderada
- Paralisia MSE grave
- Paralisia MSE leve
- Paralisia MSE moderada
- Trauma por transferência hospitalar de leito grave
- Trauma por transferência hospitalar de leito leve
- Trauma por transferência hospitalar de leito moderada
- Trauma por transferência hospitalar de unidade grave
- Trauma por transferência hospitalar de unidade leve
- Trauma por transferência hospitalar de unidade moderada
- Trauma elétrico leve
- Trauma elétrico moderada
- Trauma elétrico grave
- Trauma químico grave
- Trauma químico leve
- Trauma químico moderada
- Trauma por radiação a laser grave
- Trauma por radiação a laser leve
- Trauma por radiação a laser moderada
- Contusão grave
- Contusão leve

- Contusão moderada
- Dor fantasma grave
- Dor fantasma leve
- Dor fantasma moderada
- Capacidade para andar prejudicada
- Taxa de criminalidade elevada
- Taxa de mortalidade elevada
- Taxa de traumatismos elevada
- Mutilação de MSD parcial

- Mutilação de MSD total
- Mutilação de MSE parcial
- Mutilação de MSE total
- Mutilação de MIE parcial
- Mutilação de MIE total
- Mutilação de MID parcial
- Mutilação de MID total
- Mutilação genital parcial
- Mutilação genital total

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Conteúdo gástrico normal
- Conteúdo gástrico alterado
- Hipervitaminose grave
- Hipervitaminose moderada
- Hipervitaminose leve
- Hipovitaminose grave
- Hipovitaminose leve
- Hipovitaminose moderada
- Cólica abdominal grave
- Cólica abdominal moderada
- Cólica abdominal leve
- Constipação grave
- Constipação moderada
- Constipação leve
- Hipoglicemia leve
- Hipoglicemia elevada
- Hipoglicemia de mesmo nível
- Hiperglicemia leve
- Hiperglicemia elevada
- Hiperglicemia de mesmo nível
- Hiperalbuminemia leve
- Hiperalbuminemia elevada
- Hiperalbuminemia de mesmo nível
- Hipoalbuminemia leve
- Hipoalbuminemia elevada
- Hipoalbuminemia de mesmo nível
- Bilirrubina elevada
- Bilirrubina diminuída
- Bilirrubina de mesmo nível
- Impactação fecal grave
- Impactação fecal moderada
- Impactação fecal leve
- Defecção aumentada
- Defecção diminuída
- Defecção normal
- Eructação grave
- Eructação moderada
- Eructação leve
- Bulemia grave
- Bulemia moderada
- Potencial para bulemia
- Resposta a NPT diminuída
- Resposta a NPT normal
- Processo digestório normal
- Processo digestório comprometido
- Processo de absorção de nutrientes normal
- Processo de absorção de nutrientes diminuído

- Incontinência de esfíncter prejudicada
- Dor visceral grave
- Dor visceral moderada
- Dor visceral leve
- Metabolismo normal
- Metabolismo aumentado
- Metabolismo diminuído
- Débito de fluídos diminuído
- Débito de fluídos normal
- Débito de fluídos elevado
- Nutrição prejudicada
- Peso normal
- Peso elevado
- Peso diminuído
- Potencial para má nutrição
- Caquexia grave
- Caquexia moderada
- Caquexia leve
- Desnutrição leve
- Desnutrição moderada
- Desnutrição grave
- Inanição grave
- Inanição moderada
- Inanição leve
- Ingestão nutricional adequada
- Ingestão nutricional inadequada
- Ingestão de alimentação adequada
- Ingestão de alimentação inadequada
- Ingestão hídrica adequada
- Ingestão hídrica inadequada
- Vômito intenso
- Vômito moderado
- Vômito controlado
- Regurgitação aumentada
- Regurgitação diminuída
- Diarréia grave
- Diarréia moderada
- Diarréia leve
- Dispepsias grave
- Dispepsias moderada
- Dispepsias leve
- Padrão de defecação alterado
- Ascite moderada
- Ascite grave
- Ascite leve
- Apetite normal
- Apetite elevado

- Apetite diminuído
- Status nutricional prejudicado

- Percentagem de gordura corporal aumentada
- Percentagem de gordura corporal diminuída

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA RENAL

- Sede leve
- Sede moderada
- Sede intensa
- Sede ausente
- Incontinência funcional prejudicada
- Acidose metabólica leve
- Acidose metabólica moderada
- Acidose metabólica grave
- Alcalose metabólica leve
- Alcalose metabólica moderada
- Alcalose metabólica grave

- Incontinência urinária presente
- Incontinência urinária ausente
- Retenção urinária presente
- Retenção urinária ausente
- Processo de sistema urinário adequado
- Processo de sistema urinário comprometido
- Enurese presente
- Enurese ausente
- Incontinência reflexa presente
- Incontinência reflexa ausente

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA INTERTEGUMENTAR

- Sistema intertegumentar normal
- Sistema intertegumentar prejudicado
- Risco para alteração no sistema intertegumentar
- Integridade intertegumentar interrompida
- Erosão tecidual intensa
- Erosão tecidual moderada
- Erosão tecidual leve
- Dor na ferida intensa
- Dor na ferida moderada
- Dor na ferida leve
- Dor cutânea
- Dor oncológica intensa
- Dor oncológica moderada
- Dor oncológica leve
- Alergia ao esparadrapo intensa
- Alergia ao esparadrapo moderada
- Alergia ao esparadrapo leve
- Alergia ao micropore intensa
- Alergia ao micropore moderada
- Alergia ao micropore leve
- Alergia a inseto intensa
- Alergia a inseto moderada
- Alergia a inseto leve
- Alergia alimentar intensa
- Alergia alimentar moderada
- Alergia alimentar leve
- Alergia a medicação intensa
- Alergia a medicação moderada
- Alergia a medicação leve
- Alergia a latex intensa
- Alergia a latex moderada
- Alergia a latex leve
- Resposta a termorregulação aumentada
- Resposta a termorregulação normal
- Resposta a termorregulação diminuída
- Grau de temperatura do corpo aumentada
- Grau de temperatura do corpo normal
- Grau de temperatura do corpo diminuída
- Úlcera venosa grande e profunda

- Úlcera venosa grande e superficial
- Úlcera venosa pequena e profunda
- Úlcera venosa pequena e superficial
- Úlcera arterial grande e profunda
- Úlcera arterial grande e superficial
- Úlcera arterial pequena e profunda
- Úlcera arterial pequena e superficial
- Úlcera de pressão grande e profunda
- Úlcera de pressão grande e superficial
- Úlcera de pressão pequena e profunda
- Úlcera de pressão pequena e superficial
- Ferimento de arma de fogo grave
- Ferimento de arma de fogo leve
- Ferimento arma branca grave
- Ferimento arma branca leve
- Corte grave
- Corte superficial
- Potencial para necrose
- Necrose grave
- Necrose moderada
- Necrose leve
- Laceração grave
- Laceração superficial
- Escoriação grave
- Escoriação moderada
- Escoriação leve
- Queimadura grave
- Queimadura moderada
- Lesão por frio (queimadura) grave
- Lesão por frio (queimadura) moderada
- Lesão por frio (queimadura) melhorada
- Ferida cirúrgica melhorada
- Ferida cirúrgica comprometida
- Ferida cirúrgica
- Ferida na pele grave
- Ferida na pele moderada
- Ferida na pele leve
- Ferida traumática grave
- Ferida traumática moderada

- Ferida traumática leve
- Maceração grave
- Maceração moderada
- Maceração leve
- Fissura grave
- Fissura moderada
- Fissura leve
- Rush por calor grave
- Rush por calor moderada
- Rush por calor leve
- Eczantema moderado
- Eczantema leve
- Eczantema grave
- Dermatite seborréica grave
- Dermatite seborréica moderada
- Dermatite seborréica leve
- Eritema moderado

- Eritema leve
- Eritema grave
- Cicatrização da ferida normal
- Cicatrização da ferida anormal
- Pele úmida generalizada
- Pele úmida localizada
- Pele ressecada generalizada
- Pele ressecada localizada
- Membrana mucosa seca generalizada
- Membrana mucosa seca localizada
- Processo sistema imune comprometido
- Processo sistema imune melhorado
- Potencial para infecção cruzada
- Infecção cruzada instalada
- Padrão de higiene comprometido
- Perfusão dos tecidos prejudicada

DIAGNÓSTICO DO SISTEMA REPRODUTIVO

- Potencial para abuso sexual
- Comportamento sexual adequado
- Comportamento sexual inadequado
- Potencial para promiscuidade
- Mutilação genital masculina total
- Mutilação genital masculina parcial
- Potencial para violência sexual
- Potencial para violência doméstica
- Potencial para estupro
- Incontinência urinária grave
- Incontinência urinária leve
- Incontinência urinária moderada
- Hidrocele grave
- Hidrocele leve
- Hidrocele moderada
- Processo do sistema reprodutor comprometido
- Varicocele grave

- Varicocele leve
- Varicocele moderada
- Hematomas grave
- Hematomas leve
- Hematomas moderado
- Sistema reprodutor masculino sem comprometimento
- Sistema reprodutor masculino comprometido
- Prurido intenso
- Prurido controlado
- Prurido intensa
- Disúria intensa
- Disúria leve
- Disúria moderada
- Potencial para impotência sexual
- Taxa de doenças transmissíveis aumentada
- Processo sexual comprometido

DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA BIOPSIKOSOCIAL

- Uso de álcool atual
- Uso de álcool controlado
- Uso de drogas atual
- Uso de drogas controlado
- Uso de tabaco atual
- Uso de tabaco controlado
- Abuso de substâncias atual
- Abuso de substâncias controlado
- Potencial para comportamento auto destrutivo
- Potencial para tentativa de suicídio
- Overdose de drogas elevado
- Overdose de drogas controlado
- Overdose de drogas leve
- Potencial para automutilação
- Apoio social comprometido
- Socialização comprometida
- Comportamento desorganizado elevado

- Comportamento desorganizado controlado
- Comportamento desorganizado leve
- Inquietação anormal
- Inquietação controlada
- Inquietação leve
- Hipoatividade elevada
- Hipoatividade controlada
- Hipoatividade leve
- Hiperatividade elevada
- Hiperatividade controlada
- Hiperatividade leve
- Agitação grave
- Agitação controlada
- Atividade psicomotora normal
- Atividade psicomotora comprometida
- Atividade psicomotora melhorada
- Raiva leve

- Raiva acentuada
- Raiva controlada
- Depressão leve
- Depressão grave
- Depressão controlado
- Desespero leve
- Desespero acentuado
- Desespero controlado
- Angústia leve
- Angústia acentuada
- Angústia controlado
- Ansiedade leve
- Ansiedade elevada
- Ansiedade controlada
- Culpa leve
- Culpa acentuada
- Culpa controlada
- Potencial para luto
- Exaustão leve
- Exaustão acentuada
- Exaustão controlada
- Euforia leve
- Euforia acentuada
- Euforia controlada
- Medo leve
- Medo elevado
- Medo controlado
- Insegurança leve
- Insegurança elevada
- Insegurança controlada
- Tristeza leve
- Tristeza elevada
- Tristeza controlada
- Potencial para sofrimento
- Resposta psicosocial ao ensino sobre medicação adequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre medicação inadequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre nutrição adequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre nutrição inadequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre dor adequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre dor inadequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre feridas adequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre feridas inadequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre gestão da dor adequada
- Resposta psicosocial ao ensino sobre gestão da dor inadequada
- Resposta psicosocial ao planejamento de cuidados adequada
- Resposta psicosocial ao planejamento de cuidados inadequada
- Resposta ao trauma adequada
- Resposta ao trauma inadequada
- Processo espiritual adequado
- Processo espiritual inadequado
- Potencial para comportamento agressivo
- Capacidade para comunicação comprometida
- Capacidade para comunicação inalterada
- Auto estima positiva
- Auto estima negativa
- Crença espiritual adequada
- Crença espiritual inadequada
- Enfretamento adequado
- Enfretamento inadequado
- Aceitação do estado de saúde adequada
- Aceitação do estado de saúde inadequada
- Adesão ao tratamento adequada
- Adesão ao tratamento inadequada
- Capacidade para manter saúde adequada
- Capacidade para manter saúde inadequada
- Capacidade para alimentar-se adequada
- Capacidade para alimentar-se inadequada
- Capacidade para cuidar da higiene pessoal adequada
- Capacidade para cuidar da higiene pessoal inadequada
- Capacidade para banho adequada
- Capacidade para banho inadequada
- Capacidade de se vestir adequada
- Capacidade de se vestir inadequada
- Capacidade de desempenhar atividade de lazer adequada
- Capacidade de desempenhar atividade de lazer inadequada
- Capacidade de utilizar o sanitário adequada
- Capacidade de utilizar o sanitário inadequada
- Capacidade de se proteger adequada
- Capacidade de se proteger inadequada
- Capacidade de se socializar adequada
- Capacidade de se socializar inadequada
- Capacidade de deglutir adequada
- Capacidade de deglutir inadequada
- Potencial para negação
- Atitude frente a cirurgia adequada
- Atitude frente a cirurgia inadequada
- Atitude frente a alimentação adequada
- Atitude frente a alimentação inadequada
- Potencial para solidão
- Nervosismo leve
- Nervosismo elevado
- Nervosismo controlado
- Atitude face a dor de dimensão elevada
- Potencial para obsessão
- Potencial para discriminação pela idade
- Preocupação leve
- Preocupação elevado
- Preocupação controlado
- Autoconsciência positiva
- Autoconsciência negativa
- Auto imagem positiva
- Auto imagem negativa
- Dignidade positiva
- Dignidade negativa
- Privacidade adequada
- Privacidade inadequada
- Potencial para estado maníaco

- Processo psicológico comprometido
- Insônia leve
- Insônia elevado
- Insônia controlado
- Potencial para crise familiar
- Processo familiar prejudicado

Fonte: <http://www.nfrinfor.ufsc.br>

ANEXO 03

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA RESPIRATÓRIO

| Intervenções do Sistema Respiratório | Observações |
|---|--------------------|
| Avaliar os gases sanguíneos, se presença de hipoxemia administrar O ₂ suplementar S/N | 10 14 20 |
| Auscultar pulmões quanto a presença de ruídos adventícios (estertores, sibilos e roncos) | 3x ao dia |
| Aspirar vias aéreas mediante rigorosa ausculta pulmonar | M T N |
| Monitorar e verificar SV de h/h | M T N |
| Avaliar características da secreção pulmonar (volume, cor, odor, concentração) | M T N |
| Avaliar padrão ventilatório na modalidade de ventilação mecânica (sincronismo, alarmes, PEEP, PPI, FIO ₂ , Volume corrente, condensado nas traquéias, nível das traquéias) | M T N |
| Manter cânula de guedel na cavidade oral, quando paciente inconsciente. | M T N |
| Monitorar e interpretar os valores gasométricos PO ₂ , PH, PCO ₂ , BE, HCO ₃ conforme avaliação do paciente | M T N |
| Avaliar perfusão e saturação periférica (extremidades, lábios, olhos, ponta da orelha) | M T N |
| Posicionar TOT centralmente a cavidade oral com bifurcação cuff ao nível da rima labial | M T N |
| Proteger com gaze o atrito do tubo à rima labial s/n | S/N |
| Avaliar altura do TOT 3 x dia em cm | M T N |
| Limpar cavidade oral com antisséptico oral 3 x dia | M T N |
| Mobilizar secreção respiratória instilando 3ml de Soro fisiológico 09% no TOT s/n | ATENÇÃO - S/N |
| Monitorar pressão do Cuff em 25 mmHg | 10 14 20 |
| Examinar frêmito tóraco vocal durante o exame torácico | 10 14 20 |
| Avaliar tórax quanto a presença de tórax instável, tumoração, lesão, assimetria etc. | M e N |
| Observar sinais de enfisema subcutâneo | M T N |
| Medir quantidade de secreção nos drenos de tórax e mediastino de 6/6 horas ou + se necessário | 06 12 18 24 |
| Examinar as características da drenagem de tórax e mediastino de 6/6 horas | 06 12 18 24 |
| Monitorar oximetria periférica e capnografia 4 x dia ou + se necessário | 06 12 18 24 |
| Higienizar cânula de traqueostomia 1 x dia ou S/N com soro fisiológico ou água destilada estéril | 10 |
| Monitorar gasometria arterial e oximetria no período de desmame ventilatório | ATENÇÃO |
| Monitorar sinais de hipercapnia e hipoxemia (agitação psicomotora, cianose de extremidade, sudorese, palidez, competição com a máquina ventilatória) | M T N - ATENÇÃO |
| Assegurar métodos alternativos, para o processo de comunicação entre enfermeira, paciente e família (oferecendo material para | S/N |

| | |
|---|---------------|
| escrita, cartões gráficos, etc.) | |
| Explicar à família a situação do paciente no momento da visita | Na visita |
| Avaliar padrão respiratório na ventilação espontânea (frequência, expansibilidade, complacência e ritmo) | M T N |
| Monitorar presença de obstrução no tubo, através de alterações no padrão respiratório (agitação psicomotora, cianose de extremidades, sudorese, palidez, taquicardia e diminuição da saturação de O ₂) | ATENÇÃO |
| Manter cabeça alinhada evitando dobras no tubo e nas conexões | ATENÇÃO |
| Restringir paciente no leito s/n | S/N |
| Aumentar a Fração Inspirada de Oxigênio para 100% durante 3 min. antes e após a aspiração | ATENÇÃO |
| Ajustar gradativamente diminuindo de 2 em 2 cm ₃ H ₂ O, a PEEP durante o período expiratório diminuindo até 5 cm ₃ , antes de desconectar o paciente do respirador para aspiração do TOT | ATENÇÃO |
| Ajustar gradativamente aumentando a PEEP de 2 em 2 cm ₃ H ₂ O durante o período expiratório, até o nível prescrito anteriormente, após a aspiração do TOT | ATENÇÃO |
| Avaliar características das secreções a cada aspiração | M T N |
| Drenar a água condensada nos tubos do ventilador | S/N |
| Trocar a filtro do ventilador a cada 24h ou + S/N | ATENÇÃO |
| Monitorar a temperatura do ventilador e umidificador | ATENÇÃO |
| Avaliar achados radiológicos | M T N |
| Avaliar os reflexos para a respiração adequada (tosse, vômito, deglutição) | M T N |
| Posicionar paciente no leito semi-fowler 30° | M T N |
| Monitorar padrão respiratório após extubação com ventilação por cateter de O ₂ ou macronebulização | M T N |
| Administrar drogas sedativas e relaxantes musculares conforme prescrição médica | M T N |
| Trocar sistema de aspiração fechado (trachcare) de 48 em 48h ou mais s/n | a cada 2 dias |
| Trocar o filtro do TOT de 24 em 24h. | 1x ao dia |
| Estimular e orientar o paciente para a realização de exercícios respiratórios (tosse, respiração profunda, vigília) | M T N |
| Aspirar cavidade oral e nasal sempre que necessário e antes da medida da pressão de cuff | S/N |

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA CARDIOVASCULAR

| Intervenções do Sistema Cardiovascular | Observações |
|--|---|
| Monitorar sinais vitais de 10 em 10 min na eminência de choque, e, após de 2 em 2 horas | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 |
| Monitorar IC,DC,PAPO,PAP de H/H | 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 |
| Avaliar perfusão tissular periférica 4 x ao dia | 06 12 18 24 |
| Manter cabeceira em decúbito horizontal quando PA abaixo de 80/40mmHg | ATENÇÃO |
| Auscular bulhas cardíacas 4 X dia | 06 12 18 24 |
| Observar e registrar se FC < 60bpm ou > 80bpm | M T N |
| Interpretar traçado de ECG | M T N |
| Controlar balanço hídrico 4 x dia ou mais SN | 06 12 18 24 SN |
| Trocar curativos de drenos e acessos centrais 1x dia, ou mais SN | 10 SN |
| Avaliar e registrar sinais de baixo débito | ATENÇÃO |
| Monitorar drogas vasoativas em bomba de infusão | M T.N |
| Observar durante a infusão de drogas vasoativas (dopamina, adrenalina, noradrenalina) os sinais dopaminérgicos, betadrenérgicos e alfadrenérgicos. | ATENÇÃO |
| Monitorar sinais de infecção como febre, vermelhidão e edema nas lesões e nas inserções de cateteres,drenos e sondas | M T.N |
| Observar e registrar as características e drenagem de mediastino, de dreno de tórax e demais drenos | 06 12 18 24 |
| Avaliar sinal de cacifo 1x dia ou mais S/N | 8 |
| Avaliar e prevenir a presença de congestão pulmonar | ATENÇÃO |
| Observar sinais de sangramento, hematomas e equimoses | M T.N |
| Avaliar função cardiovascular mediante ausculta cardíaca 3 vezes ao dia (presença de S ₃ ou S ₄ , atrito pericárdico, sopros etc) | 06 12 18 24 |
| Monitorar enzimas, mioglobina, troponina T, CPK-T e CPK-MB, glicemia e KPTT e comunicar alterações | M T N |
| Observar edema periférico e distensão venosa jugular | M T.N |
| Observar coloração da pele e temperatura | M T.N |
| Manter acesso ao carro de ressuscitação com medicação de urgência, desfibrilador, marca-passo temporário. | SEMPRE |
| Administrar nitratos, para diminuir pós-carga C.P.M. | M T.N |
| Implementar os protocolos para as modalidades de parada cardiorespiratória (assistolia, atividade elétrica sem pulso, fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso) | S/N |
| Administrar morfina para alívio da dor e diminuição do consumo de oxigênio, CPM | CPM |

| | |
|--|---------|
| Tranqüilizar o cliente e sua família, explicando a eles todos os procedimentos | ATENÇÃO |
| Administrar bloqueadores beta-adrenérgicos para diminuir a frequência e a carga de trabalho cardíaco, CPM | SN |
| Administrar medicamentos CPM e monitorar seus efeitos | M T.N |
| Monitorar traçado eletrocardiográfico preferencialmente em DII e comunicar alterações. | SN |
| Avaliar e registrar a frequência, a morfologia e a complexidade da arritmia, obtendo ECG de 12 derivações quando incapaz de avaliar o ritmo ao monitor. | SN |
| Determinar o efeito da arritmia sobre o quadro clínico do paciente. | ATENÇÃO |
| Vestir meias anti-embolia SN | SN |
| Desequilíbrio hidroeletrólítico, Hipoxemia, Dor, Febre,Hipovolemia, Ansiedade, Intoxicação medicamentosa,Tônus vagal aumentado,Débito cardíaco diminuído | ATENÇÃO |
| Administrar medicação antiarrítmica C.P.M. | CPM |
| Avaliar a presença de projéteis de arma de fogo retidos na massa miocárdica e hematomas ventriculares pois, são potenciais focos arritmogênicos, além de formar trombos e causar endocardite | ATENÇÃO |
| Avaliar a causa da arritmia, (pneumotórax de tensão,superdose de droga,IAM,tamponamento cardíaco, hipocalemia, hipercalemia) | ATENÇÃO |
| Observar lesões iatrogênicas: por inserção de catéter, implante de eletrodo, marcapasso, biópsia de endocárdio e compressão cardíaca. | ATENÇÃO |
| Observar sinais de ingurgitamento cervical, choque, abafamento das bulhas, Tríade de Becke | ATENÇÃO |
| Avaliar tamponamento cardíaco através da Triade de Becke, bem como sinais de taquicardia, pulso paradoxal, PA convergente e hipoxia | ATENÇÃO |
| Verificar se a PVC está elevada, se o paciente apresenta respiração pré-agônica e cianose. | ATENÇÃO |
| Observar no raio X de lesão contusa, tórax em PA revelando coração globoso, em forma de moringa ou bilha | ATENÇÃO |
| Observar alterações no ECG como baixa voltagem de QRS, extra-sístole ventricular e alterações na repolarização ventricular consequente do trauma | ATENÇÃO |
| Observar contusão ventricular evidenciada por arritmias cardíacas, dor anginosa que não cede a vasodilatadores e ICC aguda | ATENÇÃO |
| Observar ferida pericárdica evidenciada por atrito na ausculta, variando de intensidade com a respiração e mudança de decúbito | ATENÇÃO |
| Avaliar seqüelas de pericardite purulenta manifestada por: febre dor torácica, exudato pleural e alterações do ECG | ATENÇÃO |
| Posicionar paciente na posição horizontal, ou de Trendelenburg | SN |
| Providenciar acesso venoso central para controle de PVC | SN |
| Iniciar reposição volêmica em veias periféricas com Ringer Lactato e após sangue | SN |
| Intubar via aérea e iniciar ventilação artificial. Em parada iniciar compressão cardíaca externa, em seguida toracotomia de emergência se PCR | SN |

| | |
|---|---------|
| Iniciar compressão cardíaca externa, se PCR, em seguida ajudar no procedimento de toracotomia de emergência | SN |
| Promover, em caso de necessidade, os cuidados pós-morte. | SN |
| Promover medidas que evitem a resposta de valsalva como: abstenção do esforço, suspensão da respiração | ATENÇÃO |
| Observar e registrar as alterações no ritmo cardíaco | ATENÇÃO |
| Promover medidas para diminuir as demandas miocárdicas de O ₂ , como repouso no leito, elevação da cabeceira da cama, restrição de atividades | M. T N |
| Avaliar e registrar os sinais de débito cardíaco reduzido, tais como: (PA baixa, nível reduzido de consciência, pulsos periféricos ausentes, débito urinário reduzido, cianose e dispnéia). | M T N |
| Ajustar na inserção do marca-passo cardíaco externo ou marca-passo cardíaco transvenoso temporário, CPM | M T N |
| Monitorar MPA síncrono ou assíncrono | M T N |
| Incentivar técnicas de comunicação que reforcem as verbalizações, tais como silêncio afirmativo e afirmativas compreensivas | M T N |
| Incentivar a tomada de decisão a respeito do cuidado | SN |
| Incentivar a família no processo de ensino a respeito do marca-passo permanente | SN |
| Monitorizar o ritmo cardíaco na derivação que apresenta melhor as espículas do marca-passo (preferencialmente DII ou MCL) | ATENÇÃO |
| Avaliar e registrar os sinais de insuficiência cardíaca para regular, capturar e receber | ATENÇÃO |
| Avaliar e registrar sinais de ectopia crescente (perfuração, tamponamento, migração de cateter, tremores musculares, migração do gerador de pulso ou deslocamento da derivação) | ATENÇÃO |
| Registrar o tipo de abordagem para inserção, unipolar ou bipolar, modalidade frequência, da regulação. Ritmo intrínscio e ritmo regulado | ATENÇÃO |
| Monitorar presença de dor, sinais flogísticos, hemorragia e hematomas no local de inserção do MPA | ATENÇÃO |
| Observar posicionamento do gerador de MPA de modo que evite tracionamento do eletrodo. | ATENÇÃO |
| Monitorar fixação dos eletrodos de MPA (Pólo proximal positivo e pólo distal negativo) | ATENÇÃO |
| Assegurar técnica estéril para troca de curativos a cada 24 horas com SF0,9% | SN |
| Orientar o desenvolvimento do procedimento ao paciente | SEMPRE |
| Manter rede venosa permeável | M T N |
| Monitorar sinais vitais de 30 em 30 minutos | ATENCAO |
| Manter paciente adequadamente monitorizado | M T N |
| Monitorar todos os pulsos, periféricos e centrais a fim de descobrir presença de sopros ausência de pulsos, turgências etc. | M T N |
| Organizar bandeja com medicação anestésica/sedativa s/n; | M T N |
| Providenciar ECG antes e após a cardioversão | ATENCAO |
| Testar desfibrilador diariamente | ATENCAO |

| | |
|--|---------|
| Proteger a pele do paciente para evitar queimaduras, usando sempre pasta eletrolítica nas pás. | ATENCAO |
| Manter sempre a mão e abastecido o carro de emergência | SEMPRE |
| Organizar todo material de intubação, deixando pronto para uso imediato s/n | ATENCAO |
| Orientar o desenvolvimento do procedimento ao paciente | SEMPRE |
| Manter montado circuito de aspiração | SEMPRE |
| Supervisionar atentamente os sinais vitais, após a cardioversão | ATENCAO |
| Observar osciloscópio para identificar sinais de recidivas das arritmias ou complicações | ATENCAO |
| Remover próteses dentárias | M T N |
| Monitorar SV e pulsos periféricos antes e após a cardioversão elétrica | ATENCAO |

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA NEUROLÓGICO

| Intervenções do Sistema Neurológico | Observações |
|---|---|
| Monitorar nível de consciência de 2/2 horas | 08 10 12 14 16 18 20 |
| Controlar PIC 1 x ao dia ou mais SN | SN |
| Observar saturação, atentar em níveis abaixo de 90% | M T N ATENÇÃO |
| Manter cabeça alinhada com o corpo com apoio de coxins | SEMPRE |
| Manter globo ocular protegido com gaze umidecida com SF 0,9% ou com medicação oftálmica CPM | M T N |
| Ventilar o paciente antes da aspiração, não aspirar mais que cinco segundos ininterruptos | ATENÇÃO |
| Manter cabeceira elevada em 30° | M T N |
| Monitorar padrões de ventilação mecânica. FIO2, PEEP, PPI | M T N |
| Monitorar sedação em bomba infusora | M T N |
| Avaliar pupilas 4 x dia ou mais S/N | 06 12 18 24 |
| Avaliar reflexos neurológicos 2x dia ou mais S/N | 8 20 SN |
| Promover a utilização tênis de cano alto para evitar queda do pé ou bota gessada | ATENÇÃO |
| Promover drenagem venosa do crânio com alinhamento da cabeça em relação ao corpo | M T N |
| Avaliar nível de consciência de acordo com a escala de coma de Glasgow, pupilas, reflexos, sensibilidade, movimento dos membros e padrão ventilatório de 6 em 6 horas ou SN | 06 12 18 24 S/N |
| Calcular e avaliar a PPC de H/H | 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 |
| Evitar aumentos da pressão intratorácica (tosse, PEEP elevado, flexão do quadril, vômitos ou manobras de Valsalva). | ATENÇÃO |

| | |
|---|---|
| Manter PCO2 baixa (18-25) evitando vasodilatação cerebral | M T N |
| Controlar ambiente para reduzir estímulos | SEMPRE |
| Monitorar Na urinário e sérico, osmolaridade,para prevenir desidratação | M T N |
| Promover sedação ou sedação e paralisia para diminuir consumo de oxigênio | M T N |
| Avaliar os movimentos involuntários: convulsões, espasmos ou assimetria da função motora | 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 |
| Avaliar <i>diabete insipidus</i> através do elevado débito urinário com baixa densidade específica | M T N |
| Se houver DI, administrar Pitressin e DDAVP, C.P.M | ATENÇÃO |
| Manter temperatura normal evitando calafrios | M T N |
| Aplicar cobertor de resfriamento s/n | ATENÇÃO |
| Trocar curativo estéril no local da inserção do dispositivo de monitorização da PIC | 1 x ao dia |
| Avaliar e registrar o aumento dos leucócitos, elevação da temperatura, rigidez de nuca, fotofobia e Sinal de Kernig positivo | M T N |
| Monitorizar e registrar a presença de extravasamento de LCE na cavidade nasal, no pavilhão auricular ou no local do dispositivo de monitorização da PIC | ATENÇÃO |
| Avaliar possível risco do paciente para lesão tais como: queda no leito, agitação etc. | ATENÇÃO |
| Proteger grades do leito para evitar lesões e restringir o paciente com contensores adequados S/N. | M T N |
| Avaliar déficits de comunicação, disartria e apraxia | SEMPRE |
| Incentivar a família a desenvolver método de comunicação com o paciente | NO MOMENTO DE VISITA |
| Aplicar ou colaborar nos testes para verificar a função do tronco cerebral | 08 16 24 |
| Avaliar a função dos pares cranianos IX-X-XII e comunicar disfunções como: acúmulo das secreções nasais e orais, diminuição do reflexo da tosse e da deglutição | M T N |
| Registrar alterações dos pares cranianos III, IV, V,VI (ptose, estrabismo,desvio de miragem, e diminuição e ausência dos reflexos corneanos) | M T N |
| Promover medidas para o cuidado corporal, eliminação e alimentação | M T N |
| Monitorar o tipo, a frequência e duração das crises convulsivas | ATENÇÃO |
| Manter na cabeceira do leito uma ampola de anticonvulsivante em caso de crises repetidas | SEMPRE |
| Observar sinais indicativos de hipoperfusão cerebral: alteração pupilar, palidez cutânea,pele fria, sudorese e hipotermia | ATENÇÃO |
| Manter os alarmes do monitor sempre ligado | SEMPRE |

| | |
|---|---|
| Monitorar os sinais de toxicidade medicamentosa como: bradicardia, hipotensão arterial e convulsão | ATENÇÃO |
| Ajustar o monitor da PIC em zero, de 6 em 6 horas ou a cada mudança de decúbito | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 |
| Manter em posição dorsal, em caso de hipertensão craniana refratária | ATENÇÃO |
| Assegurar técnica estéril rigorosa, durante a manipulação do sistema de drenagem ventricular externa | ATENÇÃO |
| Drenar 3ml de sangue do cateter do bulbo da veia jugular, antes de retirar amostra para gasometria | M T N |
| Aspirar lentamente, o sangue do cateter no bulbo da veia jugular para a amostra e anotar PIC e PPC de 4/4 horas ou mais S/N | 08 12 16 20 24 04 |
| Manter a permeabilidade do cateter do bulbo jugular, através de um soro fisiológico a 0,9%, a 6 gotas por minuto | ATENÇÃO |
| Anotar, no esparadrapo de fixação do curativo do cateter do bulbo jugular: não administrar medicação | ATENÇÃO |
| Observar e registrar drenagem líquórica quanto à coloração, aspecto e quantidade | ATENÇÃO |
| Observar o resultado da ação do hormônio antidiurético, através da diminuição do volume urinário | ATENÇÃO |
| Mobilizar o decúbito do paciente em bloco de 3 em 3 horas, atentando para drenos, fixadores e traumas cervicais | DLD 08 e 20 DLE 11 e 23 DV 14 e 02 DD 17e 05 |

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA MÚSCULOESQUELÉTICO

| Intervenções do Sistema Musculoesquelético | Observações |
|--|--------------------|
| Avaliar o estado de perfusão do membro afetado 3x ao dia | 08 16 24 |
| Avaliar a função neuromuscular | 2 x ao dia |
| Observar movimentos articulares anormais, instabilidade articular e luxações | ATENÇÃO |
| Observar alterações da coloração da pele e perfusão diminuída (palidez ou cianose unilateral) | M T N |
| Monitorar pulsos periféricos quando paciente utiliza aparelhos gessados. | 3 x ao dia |
| Avaliar dormência ou formigamento no membro afetado | M T N |
| Avaliar a capacidade de flexionar ou estender a extremidade | M T N |
| Avaliar sinais de instalação de Síndrome compartimental | s/N |
| Prevenir garroteamento removendo jóias do membro afetado | S/N |
| Observar e registrar se ocorrer dor crescente ou não controlada com a medicação, dor com alongamento passivo do membro ou dor crescente com a elevação | S/N |
| Elevar os membros se não houver contra-indicação | SN |

| | |
|---|----------|
| Estimular o paciente a movimentar os dedos das mãos e dos pés do membro afetado | M T N |
| Avaliar presença de trauma pélvico através da palpação dos ossos íleo, isquio e púbis, a procura de instabilidade do anel pélvico | ATENÇÃO |
| Monitorar a presença de taquipnéia, dor no peito, dispnéia, inquietação, apreensão, confusão mental, hipertermia, taquicardia e petéquias na pele | ATENÇÃO |
| Manter desobstruído o sistema de drenagem em dreno de sucção | SEMPRE |
| Controlar a quantidade e característica da secreção 3x ao dia | 08 16 24 |
| Avaliar integridade da massa muscular | 1 x dia |
| Estimular a realização dos movimentos passivos e ativos 2x ao dia | 08 16 |
| Informar a fisioterapia para iniciar atividades fisioterápicas | S/N |
| Manter nutrição protéica, reposição de cálcio e de vitamina D | M T N |
| Posicionar paciente adequadamente | M T N |
| Posicionar confortavelmente o membro apoiando com travesseiro, possibilitando ângulo de 90° aos pés | M T N |
| Avaliar e monitorar os quadros de dor | ATENÇÃO |
| Observar sinais de infecção presente nas secreções de lesões abertas e fixadores externos | ATENÇÃO |
| Obter cultura das secreções quando necessário ou conforme protocolos | SN |
| Monitorar picos febris | ATENÇÃO |
| Observar os padrões de força estabelecidos para a tração trans-cutânea e musculoesquelética | M T N |
| Observar e avaliar sinais de infecção e edema nos pacientes em uso de aparelhos gessados | M T N |
| Orientar a diminuição de movimentos da extremidade fraturada durante os primeiros três dias da lesão | ATENÇÃO |
| Manter hidratação adequada | M T N |
| Observar e registrar a frequência do pulso aumentada com PA normal ou ligeiramente diminuída | M T N |
| Avaliar sinais de inquietação, agitação ou mudança na capacidade cognitiva | M T N |
| Monitorar a ingesta hídrica, atentar para sede intensa | ATENÇÃO |
| Avaliar Sinal de Homan positivo, sensibilidade na panturrilha, calor incomum, vermelhidão, febre baixa e edema de extremidade. | ATENÇÃO |
| Orientar o uso de meias de compressão CPM | CPM |
| Orientar a deambulação logo que possível, durante 5 min em cada caminhada | M T N |
| Orientar para não sentar com as pernas pendentes por longos períodos | S/N |
| Aplicar meias pneumáticas, elevando os pés e as pernas frequentemente durante o dia | M T N |
| Promover fluxo sanguíneo aos membros paralisados com mudanças regulares de posição | M T N |
| Posicionar para evitar edema gravitacional | M T N |
| Ensinar exercícios de bombeamento de tornozelo | M T N |

| | |
|---|---------|
| Instruir o paciente a não massagear as pernas | M T N |
| Considerar a necessidade de leito cinético | ATENÇÃO |
| Medir diariamente a circunferência da panturrilha e registrar aumento de 2 cm de um dia para outro | M T N |
| Relatar sinais de eritema local, calor, edema em um membro com rigidez de uma articulação que pode indicar ossificação heterotópica | ATENÇÃO |
| Limpar os locais dos pinos se o paciente estiver usando halo 3x ao dia | M T N |
| Ensinar técnicas de posicionamento e acolchoamento para uso no leito | M T N |
| Mobilizar paciente em bloco evitando movimentos bruscos e inadequados de acordo com sua condição hemodinâmica | ATENÇÃO |

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA GASTROINTESTINAL

| Intervenções do Sistema Gastrointestinal | Observações |
|---|---------------------|
| Inspecionar o abdômen procurando áreas de escoriações, equimoses, tatuagens traumáticas, orifícios de projéteis ou feridas por arma branca | NA ADMISSÃO |
| Cobrir o paciente, infundir líquidos aquecidos e evitar ambientes frios para prevenção da hipotermia | ATENÇÃO |
| Inspecionar o dorso do paciente, utilizando técnica de rolamento, para visualização da região glútea, mantendo a coluna dorsal alinhada | NA ADMISSÃO |
| Observar a presença de distensão epigástrica, sugestiva de distensão gástrica aguda | NA ADMISSÃO |
| Clampear sonda nasogástrica quando esta estiver em drenagem, antes de realizar a ausculta | ATENÇÃO |
| Auscular o QIE por 5 minutos, aplicando pressão muito leve, em seguida auscultar demais quadrantes | ATENÇÃO |
| Registrar os sons intestinais, como normais ou audíveis, ausentes, hiperativos ou hipoativos | ATENÇÃO |
| Avaliar os sons levando em consideração que podem ser audíveis mesmo na presença de hemoperitônio, bem como podem estar ausentes, nos casos de traumas torácicos, pélvicos e raquimedulares sem lesões intra-abdominais | ATENÇÃO |
| Observar, através da realização da técnica de percussão, áreas de timpanismo e macicez | ATENÇÃO |
| Observar durante a percussão, se paciente consciente, as áreas dolorosas | ATENÇÃO |
| Avaliar o abdômen em busca de tensão ou encolhimento | ATENÇÃO |
| Observar sinais de resistência ou dor, podendo indicar hemoperitônio | ATENÇÃO |
| Avaliar criteriosamente o abdômen de 4/4 horas nas 1 ^{as} . 24 horas | 04 8 12 16 20 24 |

| | |
|--|--------------------|
| a) Fratura da 9ª a 12ª costela (sugestivo de lesões hepáticas , esplênicas ou renais,) | ATENÇÃO |
| b) Retropneumoperitônio :bolhas de ar no retroperitônio ou lâmina de ar dissecando a sombra renal e o músculo psoas sugerem lesão do duodeno retroperitonal | ATENÇÃO |
| c) Escoliose e apagamento da sombra do músculo psoas sugerem lesões duodeno pancreáticas | ATENÇÃO |
| d) Sinais de herniação diafragmática: cúpula frênica mal definida, níveis hidroaéreos, ou SNG no tórax | ATENÇÃO |
| Instalar sonda nasogástrica para controle drenagem de conteúdo gástrico, nos casos de fraturas graves de face ou suspeita de fraturas de base de crânio, passar via orogástrica. | NA ADMISSÃO |
| Monitorar dor em escala de 0 a 10, promovendo analgesia quando escala somar 6 pontos | SN |
| Posicionar o paciente em DLE, para alívio da dor e aumento da expansão pulmonar | SN |
| Realizar ou auxiliar no lavado peritonal | SN |
| Realizar cultura na presença de infecções em drenos e feridas | SN |
| Observar e registrar a características das eliminações intestinais | ATENÇÃO |
| Avaliar presença de sinais de hemorragia nas lesões cruentas e nas fechadas, avaliar hematomas | ATENÇÃO |
| Monitorar glicose sérica como parâmetro para administração de insulina de 6/6 horas | 0 6 12 18 |
| Mobilizar locais de aplicação de insulina | conforme escala |
| Monitorar os eletrólitos séricos 1x ao dia ou mais SN | 8 SN |
| Trocar os curativos no local da inserção 2x ao dia | 08 20 |
| Observar sinais de infecção na incisão cirúrgica | ATENÇÃO |
| Observar os resultados laboratoriais como parâmetros diagnósticos dos exames de hemograma, amilasemia, glicemia, gasometria, dosagem de gonadotrofinas coriônicas em mulheres de idade fértil, amostra para sorotipagem e prova cruzada | 8 |
| Monitorar sinais de baixo débito, pois são indícios de sangramento abdominal | ATENÇÃO |
| Administrar enemas e catárticos para manter intestino vazio, quando necessário | SN |
| Avaliar equilíbrio ácido-básico através da gasometria venosa e arterial 1 x ao dia ou SN | 08 SN |
| Auxiliar com a paracentese quando a ascite compromete o padrão respiratório | SN |
| Medir e registrar a drenagem ascítica | ATENÇÃO |
| Iniciar alimentação com melhora do quadro ou retorno da motilidade intestinal | M T N |
| Administrar solução de NPT em bomba de infusão de 6/6 horas ou SN | 6 12 18 24 |
| Manter a linha de NPT exclusiva para alimentação | ATENÇÃO |
| Manter o funcionamento e a permeabilidade das sondas | M T N |

| | |
|---|------------|
| Proporcionar higiene oral antes e após as refeições | 6 12 18 24 |
| Controlar a ingestão de proteínas, fornecendo calorias, hidratos de carbono e lipídeos | M T N |
| Oferecer pequenas e frequentes alimentações | M T N |
| Promover a nutrição enteral quando a ingestão oral é insuficiente | M T N |
| Manter registros de ingestão e eliminação exatos | M T N |
| Monitorar os parâmetros nutricionais de avaliação,,incluindo albumina, tranferina, NUS,creatinina, número total de linfócitos | M T N |
| Pesar o cliente diariamente na mesma balança | 8 |
| Manter estado de NPO quando necessário | ATENÇÃO |
| Avaliar o estado nutricional pela avaliação clínica e análise laboratorial | M T N |
| Medir a cintura abdominal | 8 |
| Estimular exercícios isotônicos, deambulação conforme a tolerância para promover a síntese proteica. | M T N |
| Manter assepsia nos cuidados com a linha, nas mudanças de curativo e na preparação da solução. | M T N |
| Administrar solução de dextrose a 5%-10% quando NPT é interrompida e incapaz de ser administrada conforme prescrição | SN |
| Examinar o local da inserção quanto a sinais de inflamação, edema, hipersensibilidade, e vazamento | ATENÇÃO |
| Monitorar a densidade da urina | M T N |
| Monitorar quanto a sinais de desidratação, sede excessiva, turgescência cutânea diminuída, cefaléia, fadiga, náuseas e vômitos, pele e mucosa seca. | M T N |
| Instalar ou auxiliar na instalação do balão de Sengstaken-Blakemore | SN |
| Clampear imediatamente Balão de Sengstaken-Blakemore em caso de ruptura | SN |
| Administrar líquido e produtos hemáticos de reposição, CPM, e monitorizar reações adversas | M T N |
| Monitorizar hemoglobina e hematócrito | M T N |
| Observar e registrar a presença de sangue nas fezes | M T N |
| Monitorizar os eletrólitos, hemograma e fatores de coagulação. | M T N |
| Estimular o paciente para a realização do seu próprio cuidado | M T N |
| Estimular a comunicação da família com o enfermeiro e paciente | M T N |

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA RENAL

| Intervenções do Sistema Renal | Observações |
|---|--------------------|
| Observar reposição volêmica nos casos de doença cardiovascular prévia ou pacientes idosos | ATENÇÃO |
| Monitorar balanço hidroeletrólítico de 6/6 horas ou S/N | M T N |
| Restringir ingestão hídrica quando necessário | M T N |
| Organizar material para realização de técnica asséptica de sondagem vesical | ATENÇÃO |

| | |
|---|---------|
| Cateterizar sonda vesical de demora para verificar a perfusão tecidual ou a existência de lesões observadas pela presença da hematúria, ou ausência de urina na bexiga | M T N |
| Inspecionar a presença de uretrorragia, retenção urinária, hematomas perineal e escrotal e fraturas pélvicas importantes, pois evidenciam lesão uretral e, portanto são contra indicações para sondagem vesical. | ATENÇÃO |
| Monitorar dosagem de eletrólitos como parâmetros para reposição volêmica | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipernatremia: mucosas orais secas e saburrosas, sede, hipotensão, taquicardia, oligúria, anúria e ansiedade. | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hiponatremia como: cefaléia, letargia, astenia, confusão, hostilidade, náuseas e vômitos, arreflexia, delírio, convulsões, coma, hipotermia, respiração de Cheyne - Stokes, edema de esterno, olhos de cavalo. | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de acidose metabólica (taquipnéia, respiração de Kussmaull, cefaléia, confusão, sonolência, frio, pele viscosa, vasodilatação, baixo débito cardíaco e hipotensão | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de alcalose metabólica (irritabilidade neuromuscular aumentada, parestesias, tetania, convulsões, disritmias, hipoventilação) | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipercalcemia como: irritabilidade e agitação, ansiedade, náuseas, vômitos e diarreia, câibras musculares, anemia, parestesias, alterações do ECG-ondas T apiculada, fibrilação ventricular. | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipocalcemia (fadiga que evolui para paralisia, parestesias, náuseas, vômitos, anorexia, tonteados, confusão, ectopia ventricular). | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipercalcemia (astenia, atrofia muscular, letargia e coma, poliúria, sede excessiva, constipação, hipertensão, alterações do ECG- encurtamento de QT, bloqueio AV). | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipocalcemia (parestesia, tetania, convulsões, espasmos abdominais, câibras, espasmo laríngeo, sinais positivos de Chvostek e Trousseau, sangramento). | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hiperfosfatemia (taquicardia, náuseas, diarreia, câibras abdominais, astenia muscular, paralisia, reflexos aumentados, cálcio diminuído). | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipofosfatemia (ataxia, parestesia, convulsões, confusão, coma, astenia muscular, rigidez articular, dor óssea, anorexia, disfagia, anemia, disfunção plaquetária, imunidade prejudicada) | ATENÇÃO |
| Observar e registrar sinais de hipermagnesemia (depressão do SNS, paralisia respiratória, letargia, coma, bradicardia, hipotensão) | M T N |
| Observar e registrar sinais de hipomagnesemia (tremores, tetania, convulsões, sinais positivos de Chvostek ou Trousseau, taquicardia, hipertensão, arritmias ventriculares, alterações da personalidade). | M T N |

| | |
|---|-------------------|
| Avaliar presença de hematomas sugestivos de lesões renais | M T N |
| Avaliar e registrar as características da diurese (cor, aspecto, densidade) | S/N |
| Clampar a sonda no momento do transporte do paciente | M T N |
| Drenar e registrar o conteúdo bolsa do sistema coletor de 6/6 horas ou S/N | 06 12 18 24 ou SN |
| Clampar a sonda, orientando o paciente a observar o momento de reabri-la, incentivando a autocontrole para a retirada final da sonda | M T N |
| Observar e registrar as características do dreno | M T N |
| Manter a permeabilidade da sonda atentando para presença de coágulos. | M T N |
| Inspecionar a região suprapúbica, avaliando a presença de globo vesical | M T N |
| Monitorizar o débito urinário, quanto ao volume adequado a cada 1 hora, até que o débito esteja > 30 ml/h, a seguir a cada 2 horas e após a cada 4 horas. | M T N |
| Observar os sinais e sintomas de retenção líquida (edema de tornozelo) | M T N |
| Promover segurança quando os níveis de creatinina e NUS estiverem elevados | ATENÇÃO |
| Avaliar a presença de hematúria e litíase na urina | ATENÇÃO |
| Instalar coletor de diurese masculino mediante higiene e assepsia do meato urinário | M T N |
| Avaliar volume urinário aproximado em mulheres com incontinência urinária | M T N |
| Avaliar o grau de acúmulo líquido em tecidos na pré-diálise | ATENÇÃO |
| Determinar o grau adequado e a taxa de ultrafiltração para o tratamento | ATENÇÃO |
| Monitorar a resposta à ultrafiltração (PA a cada 1/2 hora, frequência apical e medida da PVC | M T N |
| Administrar líquidos de reposição CPM | M T N |
| Observar sinais de intolerância ao acetato quando o banho de bicarbonato não é utilizado ou é exequível (hipotensão, náuseas e dores nas costas). | M T N |
| Observar a intolerância à remoção de líquido quando o nível de sódio no banho é inferior ao nível sérico | ATENÇÃO |
| Registrar o peso antes e depois da diálise | M T N |
| Obter radiografias torácicas depois da introdução do cateter na veia subclávia, avaliando sinais de pneumotórax e irregularidades cardíacas, sangramento excessivo. | ATENÇÃO |
| Avaliar a integridade do sistema de coagulação do paciente antes da diálise (número de plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, antecedente de sangramento recente). | ATENÇÃO |
| Obter o tempo de coagulação à cabeceira do paciente antes da diálise e freqüentemente durante a diálise, para avaliar o grau de heparinização quando necessário | ATENÇÃO |
| Promover medidas de segurança destinadas a reduzir o risco e | M T N |

| | |
|--|---------|
| impedir os erros no dialisado; checar condutividade e temperatura estabelecidas, verificar se está sendo utilizado o dialisado correto, bem como, verificar se os alarmes da máquina estão funcionando adequadamente. | |
| Relacionar todas as fontes de ingesta hídrica com a excreção: quando ocorre um equilíbrio hídrico positivo importante, limitar a ingestão de líquidos, diminuir o tempo de demora; considerar o uso de dialisado mais hipertônico, pesar frequentemente, reavaliar com frequência o paciente | ATENÇÃO |
| Observar se o estado respiratório estiver prejudicado, dialisar em posição mais ereta e diminuir o volume dialisado | M T N |
| Observar depois da introdução do cateter, sinais de perfuração intestinal ou vesical, nos casos em que ocorre a dor abdominal | M T N |
| Avaliar a presença de fezes e flatos no efluente, diarreia, ou início súbito de peritonite | ATENÇÃO |
| Avaliar a presença de perfuração vesical, identificadas por poliúria, drenagem incompleta do dialisado, glicosúria (devido à dextrose no dialisado misturada com urina). | M T N |
| Analisar a localização da dor e o nível de intensidade durante o processo de troca para ajudar determinar se a extremidade do cateter está deslocada (direção ao fígado, bexiga ou intestino) Caso isto ocorra, a dor se intensificará durante a infusão do dialisado. | M T N |
| Manter toda a tubulação preparada e as conexões firmes, para evitar a entrada de ar na cavidade peritoneal. Caso ocorra a suspeita de ar, manter o cliente em posição ereta, confirmar o ar na radiografia e ajudar o cliente expelir por tosse ou realizando a manobra de Valsalva enquanto deitado, com a pinça de entrada do dialisado fechada e a pinça de saída aberta. | ATENÇÃO |
| Trocar regularmente o circuito da diálise, conforme protocolo | S/N |

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA TERTEGUMENTAR

| Intervenções do Sistema Tegumentar | Observações |
|---|--------------------|
| Higienizar a pele 3x ao dia ou conforme necessário, com sabão neutro | M T N |
| Confortar o paciente mediante realização de banho no leito com sabão neutro ou <i>bagbath</i> 1X ao dia ou mais S/N | 8 ou S/N |
| Avaliar integridade da pele 1x ao dia | M |
| Monitorar os locais de fixação de sonda (mucosa oral e nasal) 1x ao dia | M |
| Proteger área de apoio e pressão por meio do uso de colchão piramidal | M T N |
| Avaliar e registrar as condições de hidratação da pele | M T N |
| Trocar curativo nas lesões conforme protocolos 2x ao dia | 10 18 |
| Tratar a dor das lesões conforme protocolos e/ou escala de dor | M T N |

| | |
|--|---------|
| Observar e registrar a presença de odor nas feridas | M T N |
| Avaliar padrão nutricional, solicitando dosagem sérica de zinco, conforme protocolo institucional | M |
| Estimular complemento nutricional proteico e calórico | M T N |
| Hidratar pele ressecada e não hiperemiada 2 x ao dia | M T |
| Limpar área necrosada, através debridamento (mecânico, químico, autolítico ou conforme protocolo institucional) | M T N |
| Observar e registrar potenciais riscos de infecção e contaminação | ATENÇÃO |
| Proteger a pele de transpiração, fezes, urina, esparadrapo, micropore e adesivos das bolsas | ATENÇÃO |
| Observar e registrar os estágios de evolução da ferida, conforme o instrumento PUSH) | M T N |
| Avaliar e monitorar a evolução da ferida, atentando às complicações | ATENÇÃO |
| Administrar o toxóide tetânico em pacientes vítimas de lesões de continuidade na pele, conforme protocolo institucional | M T N |
| Observar e registrar os sinais de hipo ou hipertermia | ATENÇÃO |
| Observar e registrar os sinais de irritação cutânea | ATENÇÃO |
| Proteger com coxins as proeminências ósseas | M T N |
| Observar e registrar o aparecimento edema e hiperemia nas proeminências ósseas, pois evidenciam locais potenciais de úlcera de pressão | ATENÇÃO |
| Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados | M T N |
| Observar a integridade da pele no local de inserção de tubos, sondas, bolsas de colostomia ou outras | ATENÇÃO |
| Proteger a pele nos locais com dispositivos (bolsas, drenos tubos, etc.) mediante higiene adequada e com o uso de cremes tópicos ou curativos para manter a integridade. | M T N |
| Prevenir úlceras de pressão com a utilização do colchão piramidal e a rigorosa mudança de decúbito | M T N |
| Transportar o paciente para tomar sol pela manhã se suas condições permitirem | M |

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O SISTEMA REPRODUTOR

| Intervenções do Sistema Reprodutivo | Observações |
|--|--------------------|
| Avaliar através do toque retal, o tônus do esfíncter, presença de sangue ou espículas ósseas no reto, e a posição da próstata quando deslocada cranialmente ou não-palpável, sugere traumatismo uretral. | M T N |
| Promover amparo psicológico nos casos de amputação do pênis e comprometimento da função sexual | M T N |
| Observar presença de hematomas na região escrotal e púbis | M T N |
| Observar sangramento advindo de leões por FAB ou FAF na região dos corpos cavernosos | M T N |
| Avaliar os traumas da genitália externa suspeitando de lesão uretral | M T N |

| | |
|---|---------|
| Aplicar massagem prostática, enemas mornos ou auxiliar na raquianestesia nos casos de priapismo | SN |
| Observar presença de secreção uretral sugestivo de infecção | ATENÇÃO |
| Verificar sinais sugestivos de DST, como perda de secreção pela glândula, nódulos verrugosos e linfonódos | M T N |

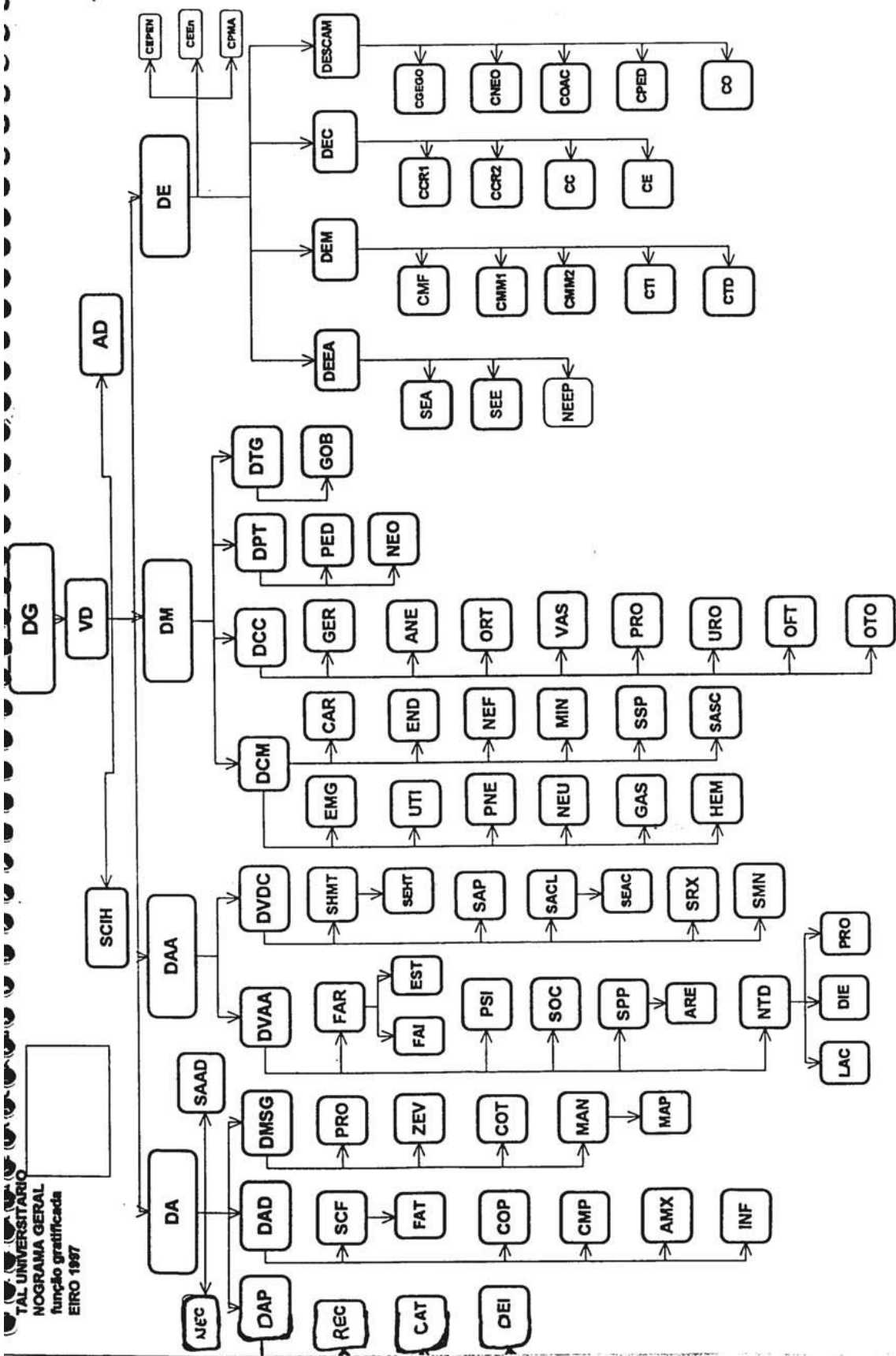
INTERVENÇÕES PARA O SISTEMA BIOPSIKOSOKIAL

| Intervenções do Sistema Biopsicosocial | Observações |
|---|---|
| Realizar lavado gástrico nos casos de intoxicação exógena | SN |
| Monitorar o comportamento do paciente atentando para reações suicidas | ATENÇÃO |
| Administrar sedativos controlando sinais de diminuição da F.R. e hipotensão | SN |
| Controlar os SV nos casos de sedação contínua de 2/2 horas | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 |
| Avaliar o nível de consciência de 2/2 horas | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 |
| Estimular o paciente e familiares a fazer o auto-cuidado | M T N |
| Remover objetos perigosos que se encontram próximos ao leito do paciente | ATENÇÃO |
| Encaminhar ao serviço de psicologia e assistência social | SN |
| Incentivar a família a participar da recuperação | M T N |
| Apoiar de forma positiva atividades cotidianas realizadas pelo paciente para sua própria recuperação | M |
| Manter o paciente restrito no leito durante os episódios de agitação | SN |
| Proteger punhos e tornozelos, com algodão ortopédico e ataduras, no momento da contenção evitando isquemia | ATENÇÃO |
| Promover o aquecimento do paciente, evitando hipotermia | M T N |
| Tranquilizar o paciente e sua família, oferecendo informações claras e objetivas | M T N |
| Encorajar o paciente a restabelecer-se no convívio social | M T N |
| Promover medidas de segurança | M T N |
| Prevenir queda nos momentos de agitação ou inconsciência | M T N |
| Estabelecer limites junto ao paciente e sua família | M T N |
| Monitorizar quanto aos sinais e sintomas de abstinência alcoólica e outras drogas: inquietude, agitação, comportamento irracional, aumento da PA e do pulso, febre, insônia, anorexia, perda de peso, desidratação, desequilíbrio eletrolítico, efeito analgésico diminuído das medicações para dor, tremores da mão, desconforto gástrico, câimbras abdominais, alucinações, <i>delirium tremens</i> | M T N |
| Estimular o paciente a verbalizar seus sentimentos | M T N |
| Promover ao paciente e familiares ambiente privativo para diálogo | M T N |
| Advogar pelo paciente em caso de necessidade, quando este | SN |

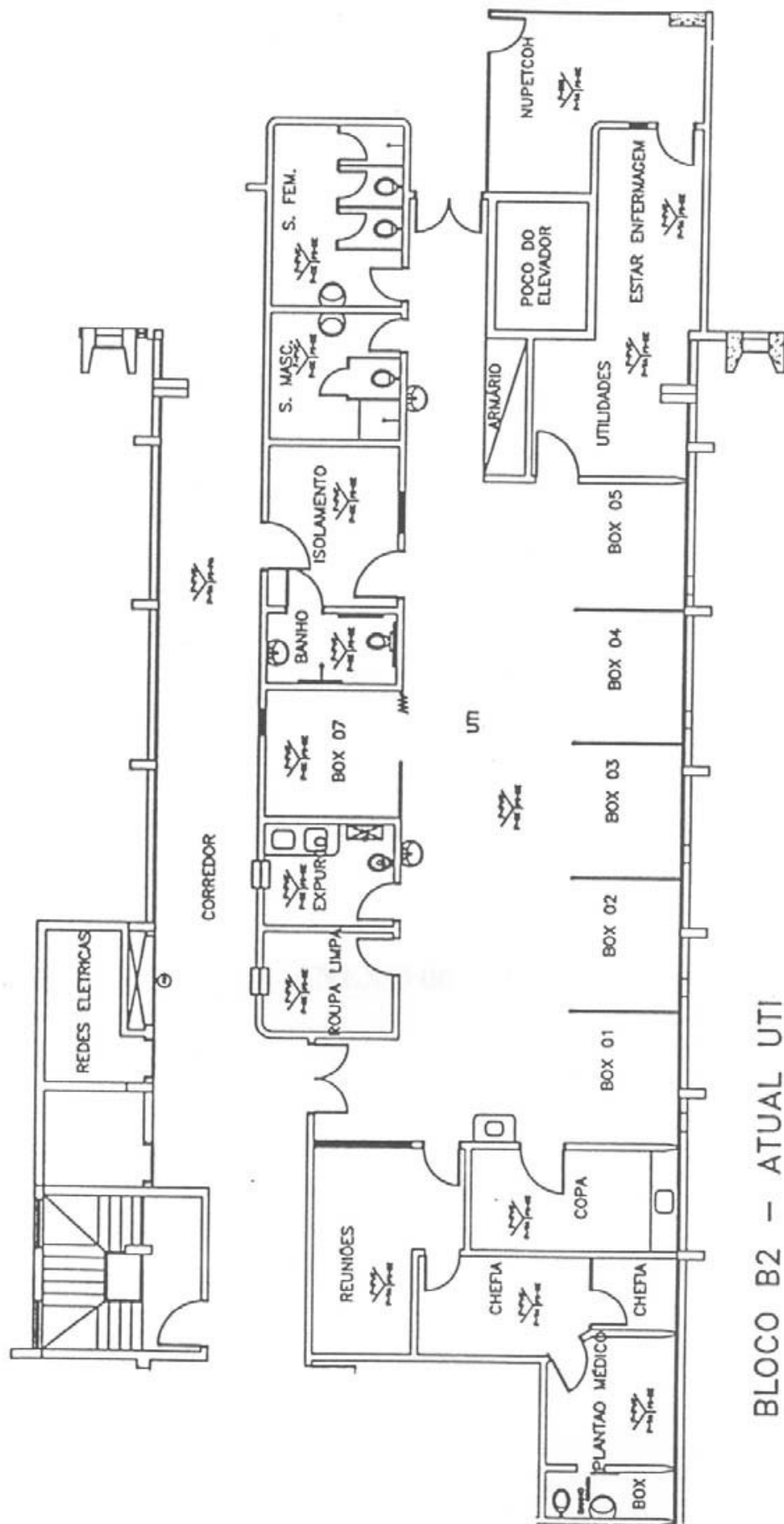
| | |
|---|-------|
| apresentar dificuldades com os familiares e profissionais de saúde. | |
| Mediar a comunicação entre familiares e profissionais de saúde | M T N |
| Contactar com autoridades visando amparo legal nos casos de necessidade | SN |
| Diminuir a ansiedade e segurar na mão sempre que necessário | SN |

Fonte: <http://www.nfrinfor.ufsc.br>

ANEXO 04



ANEXO 05



BLOCO B2 - ATUAL UTI

ANEXO 06



Certificado

Certificamos que **Isabella Fontes Ramos** participou do "**II Simpósio de Enfermeiros de Terapia Intensiva**" da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, nos dias 04 e 05 de Maio de 2007.

OUVINTE

Carga horária: 20h/a



CEPESC
Centro de Estudos e Pesquisas
dos Enfermeiros da Santa Casa
de São Paulo

São Paulo, 05 de Maio de 2007.

James Francisco P. dos Santos
Presidente do CEPESC

Maria Angela G. Paschoal
Presidente Simpósio



Certificado

Certificamos que **Marisa da Silva Martins** participou do "**II Simpósio de Enfermeiros de Terapia Intensiva**" da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, nos dias 04 e 05 de Maio de 2007.

OUVINTE

Carga horária: 20h/a



CEPESC
Centro de Estudos e Pesquisas
dos Enfermeiros da Santa Casa
de São Paulo

São Paulo, 05 de Maio de 2007.

James Francisco P. dos Santos
Presidente do CEPESC

Maria Angela G. Paschoal
Presidente Simpósio

ANEXO 07



Centro de Estudos e Pesquisa dos Enfermeiros da
Santa Casa de São Paulo

CNPJ – 00729441/00

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que **Isabella Fontes Ramos** participou do II Simpósio de Enfermeiros de Terapia Intensiva da Santa Casa, na condição de participante, nos dias 04 e 05 de maio de 2007, das 08:00hs às 17:30hs, na Escola de Enfermagem São José.

Durante o evento foi realizada uma *visita na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Isabel*, no dia 05.05.07, com a participação da Ouvinte do Simpósio, Marisa da Silva Martins.

São Paulo, 16 de Maio de 2007.

James Francisco Pedro dos Santos
Presidente do CEPESC

Comissão Organizadora



Centro de Estudos e Pesquisa dos Enfermeiros da
Santa Casa de São Paulo

CNPJ – 00729441/00

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que **Marisa da Silva Martins** participou do II Simpósio de Enfermeiros de Terapia Intensiva da Santa Casa, na condição de participante, nos dias 04 e 05 de maio de 2007, das 08:00hs às 17:30hs, na Escola de Enfermagem São José.

Durante o evento foi realizada uma *visita na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Isabel*, no dia 05.05.07, com a participação da Ouvinte do Simpósio, Isabella Fontes Ramos.

São Paulo, 16 de Maio de 2007.

James Francisco Pedro dos Santos
Presidente do CEPESC

Comissão Organizadora

ANEXO 08



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 3721-9000 - TELEFAX: (48) 3234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que **ISABELA FONTES RAMOS** participou do curso
“**CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**”, realizado no dia
26/04/2007, com carga horária de 03 horas, na qualidade de ouvinte.

Florianópolis, maio de 2007.

ENF^a M^{te} PATRÍCIA L. MESQUITA
COORD. CEPEN/DE/HU/UFSC
COREN-SC-57.637

PROF^a FRANCINE L. GEIBCKE
DIRETORA DE ENF.HU/UFSC
COREN-SC-25.782

CEPEN/HU
REG. Nº. 2635
LIVRO Nº. 05
Fis. Nº. 96
Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 3721-9090 - TELEFAX: (48) 3234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que **MARISA DA SILVA MARTINS** participou do curso **"CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR"**, realizado no dia 26/04/2007, com carga horária de 03 horas, na qualidade de ouvinte.

ANEXO 09

Florianópolis, maio de 2007.

ENF^a M^a PATRÍCIA L. MESQUITA
COORD. CEPEn/DE/HU/UFSC
COREN-SC-57.637

PROF^a FRANCINE L. GELBCKE
DIRETORA DE ENF.HU/UFSC
COREN-SC-25.782
















CEPEn/HU
REG. N^o. 2636
LIVRO N^o. 05
Fls. N^o. 96

Visto















ANEXO 09

DIAGNÓSTICOS MAIS UTILIZADOS

Sistema Respiratório

-  Parâmetros gasométricos adequados
-  Parâmetros gasométricos inadequados
-  Resposta ventilatória adequada
-  Resposta ventilatória inadequada
-  Limpeza das vias aéreas adequada
-  Limpeza das vias aéreas inadequada
-  Sistema respiratório comprometido
-  Perfusão e saturação tissular adequada
-  Congestão pulmonar leve
-  Dependente de ventilação mecânica em volume controlado
-  Dependente de ventilação mecânica em pressão controlada
-  Resposta ao desmame ventilatório adequado
-  Aspiração orotraqueal eficaz
-  Troca de gases adequada
-  Troca de gases inadequada

Sistema Cardiovascular

-  Processo circulatório venoso adequado
-  Processo circulatório arterial adequado
-  Acesso venoso normal
-  Sistema cardiovascular normal
-  Pulso apical normal
-  Sinais vitais controlados
-  Sinais vitais alterados
-  Sinais vitais normais
-  Taquicardia controlada
-  Potencial para hipotensão
-  Perfusão e saturação tissular adequada
-  Perfusão e saturação tissular inadequada
-  Edema leve
-  Edema moderado

- ▣ Edema grave
- ▣ Anasarca leve
- ▣ Anasarca moderada
- ▣ Anasarca grave
- ▣ Volume de fluidos alterados
- ▣ Resposta ao tratamento adequada
- ▣ Resposta ao tratamento inadequada

Sistema Neurológico

- ▣ Coma superficial
- ▣ Percepção alterada
- ▣ Orientação no tempo e no espaço comprometida
- ▣ Reflexo pupilar presente

Sistema Musculoesquelético

- ▣ Movimento comprometido
- ▣ Rigidez articular leve
- ▣ Capacidade para andar prejudicada

Sistema Gastrointestinal

- ▣ Processo digestório normal
- ▣ Processo de absorção de nutrientes normal
- ▣ Ingestão nutricional adequada
- ▣ Processo de sistema urinário adequado
- ▣ Hiperglicemia leve
- ▣ Hiperglicemia elevada
- ▣ Metabolismo normal













Sistema Reprodutivo Feminino

- ▣ Sistema reprodutor feminino sem comprometimento

Sistema Reprodutivo Masculino

- ▣ Sistema reprodutor masculino sem comprometimento

Sistema Biopsicossocial
















-  Inquietação controlada
-  Capacidade para manter saúde inadequada
-  Capacidade para alimentar-se inadequada
-  Capacidade para cuidar da higiene pessoal inadequada
-  Capacidade para banho inadequada
-  Capacidade de se vestir inadequada
-  Capacidade de desempenhar atividade de lazer inadequada
-  Capacidade de utilizar o sanitário inadequada
-  Capacidade de se proteger inadequada
-  Capacidade de se socializar inadequada
-  Capacidade de deglutir inadequada
-  Processo familiar prejudicado

Fonte: <http://www.nfrinfor.ufsc.br>

ANEXO 10

INTERVENÇÕES MAIS UTILIZADAS

Sistema Respiratório

-  Avaliar os gases sanguíneos, se presença de hipoxemia administrar O2 suplementar
-  Auscultar pulmões quanto à presença de ruídos adventícios (estertores, sibilos e roncos)
-  Aspirar vias aéreas mediante rigorosa ausculta pulmonar
-  Monitorar e verificar SV de h/h
-  Avaliar características da secreção pulmonar (volume, cor, odor, concentração)
-  Avaliar padrão ventilatório na modalidade de ventilação mecânica (sincronismo, alarmes, PEEP, PPI, FIO2, Volume Corrente, condensação nas traquéias, nível das traquéias)
-  Monitorar e interpretar os valores gasométricos PO2, PH, BE, HCO3 conforme avaliação do paciente
-  Avaliar perfusão e saturação periférica (extremidades, lábios, olhos, ponta da orelha)
-  Posicionar TOT centralmente à cavidade oral com bifurcação cuff ao nível da rima labial
-  Limpar a cavidade oral com antisséptico oral 3x dia
-  Monitorar oximetria periférica e capnografia 4x dia ou + se necessário
-  Monitorar sinais de hipercapnia e hipoxemia (agitação psicomotora, cianose de extremidade, sudorese, palidez, competição com a máquina ventilatória.
-  Assegurar métodos alternativos, para o processo de comunicação entre enfermeira, paciente e família (oferecendo material para escrita, cartões gráficos, etc.)
-  Explicar à família a situação do paciente no momento da visita
-  Avaliar padrão respiratório na ventilação espontânea (frequência, expansividade, complacência e ritmo)

- Monitorar presença de obstrução no tubo, através de alterações no padrão respiratório (agitação psicomotora, cianose de extremidades, sudorese, palidez, taquicardia e diminuição da saturação de O₂)
- Aumentar a Fração Inspirada de Oxigênio para 100% durante 3 min. antes e após a aspiração
- Avaliar características das secreções a cada aspiração
- Posicionar o paciente no leito semi-fowler 30°
- Administrar drogas sedativas e relaxantes musculares conforme prescrição médica
- Aspirar cavidade oral e nasal sempre que necessário e antes da medida da pressão de cuff

Sistema Cardiovascular

- Avaliar perfusão tissular periférica 4x ao dia
- Observar e registrar se FC < 60bpm ou > 80bpm
- Avaliar e registrar sinais de baixo débito
- Avaliar e prevenir a presença de congestão pulmonar
- Observar coloração da pele e temperatura
- Tranqüilizar o cliente e sua família, explicando a eles todos os procedimentos
- Monitorar traçado eletrocardiográfico preferencialmente em DII e comunicar alterações
- Avaliar sinal de cacifo 1x dia ou mais S/N

Sistema Neurológico

- Monitorar sedação em bomba infusora
- Avaliar pupilas 4x dia ou mais S/N
- Avaliar nível de consciência de acordo com a escala de coma de Glasgow, pupilas, reflexos, sensibilidade, movimento dos membros e padrão ventilatório de 6 em 6 horas ou SN
- Incentivar a família a desenvolver método de comunicação com o paciente
- Manter os alarmes do monitor sempre ligados

- Mobilizar o decúbito do paciente em bloco de 3 em 3 horas, atentando para drenos, fixadores e traumas cervicais
- Monitorar nível de consciência de 2/2 horas
- Observar saturação, atentar em níveis abaixo de 90%
- Monitorar padrões de ventilação mecânica FIO2, PEEP, PPI













Sistema Gastrointestinal

- Inspecionar o dorso do paciente, utilizando a técnica de rolamento, para visualização da região glútea, mantendo a coluna dorsal alinhada
- Registrar os sons intestinais, como normais ou audíveis, ausentes, hiperativos ou hipoativos
- Observar através da realização da técnica de percussão, áreas de timpanismo e macicez
- Observar e registrar a característica das eliminações intestinais
- Monitorar glicose sérica como parâmetro para administração de insulina de 6/6 horas
- Mobilizar os locais de aplicação de insulina
- Avaliar o equilíbrio ácido-básico através da gasometria venosa e arterial 1x ao dia ou SN
- Proporcionar higiene oral antes e após as refeições





Sistema Renal

- Manter registros de ingestão e eliminação exatos
- Manter a permeabilidade da sonda atentando para presença de coágulos
- Inspecionar a região supra púbica, avaliando a presença de globo vesical
- Monitorar o débito urinário, quanto ao volume adequado a cada 1 hora, até que o débito esteja > 30 ml/h, a seguir a cada 2 horas e após a cada 4 horas
- Observar sinais e sintomas de retenção líquida (edema de tornozelo)
- Monitorar balanço hidroeletrólítico de 6/6 horas ou SN
- Avaliar e registrar as características da diurese (cor, aspecto, densidade)
- Drenar e registrar o conteúdo da bolsa do sistema coletor de 6/6 horas ou SN


Sistema Tegumentar

-  Higienizar a pele 3x ao dia ou conforme necessário, com sabão neutro
-  Confortar o paciente mediante realização de banho no leito com sabão neutro ou *bagbath* 1x ao dia ou mais SN
-  Avaliar a integridade da pele 1x ao dia
-  Monitorar os locais de fixação de sonda (mucosa oral e nasal) 1x ao dia
-  Proteger área de apoio e pressão por meio de uso de colchão piramidal
-  Avaliar e registrar as condições de hidratação da pele
-  Observar e registrar potenciais riscos de infecção e contaminação
-  Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados
-  Observar a integridade da pele no local de inserção de tubos, sondas, bolsas de colostomia ou outras
-  Proteger com coxins as proeminências ósseas
-  Observar e registrar o aparecimento de edema e hiperemia nas proeminências ósseas, pois evidenciam locais potenciais de úlcera de pressão
-  Prevenir úlceras de pressão com a utilização do colchão piramidal e a rigorosa mudança de decúbito

Sistema Musculoesquelético

-  Observar movimentos articulares anormais, instabilidade articular e luxações
-  Observar alterações da coloração da pele e perfusão diminuída (palidez ou cianose unilateral)
-  Posicionar o paciente adequadamente
-  Avaliar sinais de inquietação, agitação ou mudança na capacidade cognitiva







Sistema Reprodutivo Feminino

-  Avaliar presença de sinais de infecção no local da sonda

Sistema Reprodutivo Masculino

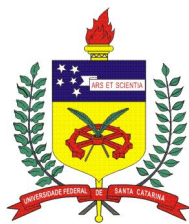
-  Observar presença de secreção uretral sugestivo de infecção

Sistema Biopsicossocial

-  Incentivar a família a participar da recuperação
-  Proteger punhos e tornozelos, com algodão ortopédico e ataduras, no momento da contensão evitando isquemia
-  Tranquilizar o paciente e sua família, oferecendo informações claras e objetivas
-  Promover medidas de segurança
-  Prevenir quedas nos momentos de agitação ou inconsciência
-  Diminuir a ansiedade e segurar na mão sempre que necessário

Fonte: <http://www.nfrinfor.ufsc.br>

ANEXO 11



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
INFORMATIZADO**

**Formulário de avaliação Ergonômica e de Usabilidade do processo de
Enfermagem Informatizado para UTI**

1) Dados Básicos:

Título do programa: _____

Autor (es): _____

Versão do programa: _____

Avaliador (a): _____

Período avaliação: _____

Instruções ao Avaliador

Você está recebendo um instrumento de avaliação quanto aos critérios ergonômicos e de usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado em UTI. Seu preenchimento é fundamental para que o sistema possa ser implementado e posteriormente utilizado a beira do leito em uma UTI. A preservação e o respeito ao seu anonimato será assegurada. Agradecemos sua valiosa participação e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos sobre este processo.

Quando terminar de observar o programa, por gentileza, dê sua opinião sobre os indicadores de cada uma das variáveis a seguir, assinalando com um X o nível da escala que melhor reflete sua opinião de acordo com a legenda que segue:

2) Avaliação ergonômica:

Legenda: Ex (Excelente), MB (Muito Bom), B (Bom). RG (Regular) e R (Ruim)

| Critério | Itens | Ex 5 | MB 4 | B 3 | RG 2 | R 1 |
|--------------------|---|---------|---------|--------|---------|--------|
| Organização | A organização e o modo de acesso aos arquivos do sistema favorecem a execução eficiente | | | | | |
| | Facilidade de operacionalização | | | | | |
| | Objetivos do sistema – assistência de enfermagem em emergência utilizando a CIPE | | | | | |
| Interface | Interface entre o usuário e o programa – Aparência das telas | | | | | |
| | Estrutura lógica dos dados – como as informações aparecem ao usuário | | | | | |
| | A quantidade de informação é suficiente para a assistência de enfermagem (coleta de dados, diagnósticos e intervenções) | | | | | |
| | Conforto visual e para manuseio do sistema | | | | | |
| Conteúdo | Informações claras, objetivas e atualizadas | | | | | |
| | O conteúdo está inter-relacionado e consistente com a área de Emergência | | | | | |
| Técnico | Estrutura dos dados – como os dados no sistema foram organizados permitindo um raciocínio compatível com a prática. | | | | | |
| | Segurança e privacidade das informações | | | | | |
| | Funcionamento adequado do sistema | | | | | |

3) Avaliação Usabilidade

Legenda: CT (4) concordo Totalmente; C (3) Concordo; NC (2) Não Concordo; DT (1) Discordo Totalmente.

| Nº | Descrição | CT 4 | C 3 | NC 2 | DT 1 |
|----|---|---------|--------|---------|---------|
| 1 | O programa roda facilmente na plataforma, sem interferências | | | | |
| 2 | As telas do sistema são claras, fáceis de ler e interpretar | | | | |
| 3 | As instruções de apoio ao usuário são claras, organizadas e bem implementadas | | | | |
| 4 | O usuário é capaz de acessar o sistema/programa facilmente | | | | |
| 5 | O menu é viável e fácil de usar | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 6 | O menu atende todas as funções definidas para os objetivos do sistema | | | | |
| 7 | O programa favorece um tratamento eficiente aos problemas de sua dimensão | | | | |
| 8 | É eficiente para o intercâmbio de informação entre o usuário e o programa | | | | |
| 9 | O programa possui um limite de crescimento apropriado às exigências de uso | | | | |
| 10 | O programa permite o manejo eficiente dos dados que utiliza | | | | |
| 11 | As exigências de memória não impedem o programa de rodar | | | | |
| 12 | O sistema possui salvamento automático | | | | |
| 13 | O sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido (foi desenvolvido em uma linguagem Java livre de código aberto) | | | | |
| 14 | O sistema possui segurança de dados | | | | |
| 15 | O sistema não aceita dados inexistentes | | | | |
| 20 | A conexão e a comunicação entre o módulo fixo e móvel é adequada | | | | |
| 21 | O sistema permite a recuperação dos dados nos vários módulos | | | | |
| 22 | As exigências de hardware são compatíveis com a realidade? | | | | |
| 23 | O Sistema comporta funcionamento em Rede de atendimentos? | | | | |
| 24 | O sistema está integrado a um banco de dados? | | | | |

Observação: Caso algum item não foi contemplado pelo sistema, registre abaixo esses itens, pois eles ainda não são aplicados ao sistema uma vez que ele se encontra em fase de desenvolvimento.

4) Ressalte os aspectos positivos e negativos do Sistema que você observou:

5) Aponte possíveis soluções aos problemas levantados:

6) Descreva como você avalia o sistema como ferramenta para a metodologia da assistência em UTI:

Obrigada pela sua importante participação!

Fundamentado em:

A ISO 9241-11 estabelece os Guidelines de Usabilidade disponível no site:
http://www.usabilitynet.org/tools/r_international.htm#9241-1x

Instrumento previamente testado para avaliação do Sistema Computadorizado de regulação e avaliação da qualidade do SAMU: SIS_SAMU em 2006.

DAL SASSO, Grace T. M. A Concepção do Enfermeiro na produção tecnológica informatizada para ensino/aprendizagem em reanimação cardíaco-respiratória. Florianópolis. 2001. 203f. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.